

690

U

43

Marketing & Strategie
in de geneesmiddelensector

Henk Snier



Concurrentie & Strategie in de geneesmiddelensector

Voor m'n vader Harry (1931-1984)

CONCURRENTIE & STRATEGIE

in de geneesmiddelensector

(Competition & Strategy in the Pharmaceutical Sector)

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF.DR. P.W.C. AKKERMANS M.A.
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VOOR PROMOTIES

DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 18 JANUARI 1995 OM 13.45 UUR

DOOR

HENDRIK SNIER

GEBOREN TE NIJKERK

Promotor: Prof.dr.ing. F.A.J. van den Bosch
Co-promotor: Dr. P. de Wolf

Commissie: Prof.dr. F.M. Haaijer-Ruskamp
Prof.dr.drs. F.H.A. Janszen
Prof.dr. T.E.D. van der Grinten



bgo
f

43

Voorwoord

In een conceptversie van dit boek heb ik overwogen om een ondertitel te gebruiken. Dat is niet gebeurd, maar dit boek had bijvoorbeeld *'Inhoud, Proces en Vorm'* kunnen heten. Los van een inhoudelijke betekenis zou dit een treffende samenvatting van de bijdragen van drie mensen aan dit boek zijn, zoals het nu voor u ligt.

Met betrekking tot de inhoud van dit proefschrift en dan met name gelet op de geneesmiddelensector, heeft mijn co-promotor dr. Peter de Wolf, op zijn veelzijdige manier, ondersteuning en vooral stimulans geboden. Peter is er zonder meer hoofdverantwoordelijk voor geweest dat de tijd bij de Faculteit Bedrijfskunde in Rotterdam, behalve interessant en leerzaam, op z'n tijd een beetje gek en vooral ook leuk was.

De weg naar de afronding van een proefschrift kent vele voetangels en klemmen. Bij het proces van het schrijven, het zoeken en vinden van samenhang en vooral afronden van teksten, heeft mijn promotor prof.dr.ing. Frans van den Bosch een belangrijke rol gespeeld. Frans was er als je hem nodig had. Met z'n drieën hebben we op een manier samengewerkt die ik iedereen van harte kan aanbevelen.

Naast inhoud en proces is van het eindresultaat de vorm belangrijk. Wil Geurtsen heeft geduldig (met mij) en kundig (van zichzelf) dit boek tot een mooi boek gemaakt.

Vanuit de geneesmiddelensector waren twee 'oud-gedienden' R.A.M. Numan en dr. J.C. Sanders bereid om de eindversie van het manuscript van commentaar te voorzien. Ik wil hen daarvoor ook hartelijk dank zeggen.

Armand, Rob, Rob en Thijs (A.G.H.M. Bergers, drs. R.M. Haeck, mr. R.W.G. van der Meulen en dr. M.H. Spigt) bedank ik voor hun steun en commentaar in de richting van promovendus en proefschrift, waarmee ook zij een belangrijke bijdrage aan de totstandkoming van dit boek hebben geleverd.

Breda, november 1994

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Snier, H.

Concurrentie & Strategie in de geneesmiddelensector / door H. Snier.

- Delft : Eburon

Verschenen als proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1995.

- Met personenregister, lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

NUGI 681

Trefw.: concurrentie, strategie, belangengroeperingen, geneesmiddelensector

Lay-out: Wil Geurtsen

© 1995, H. Snier, Breda

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechthebber.

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the author.

ISBN 90-5166-417-6

Hoofdstuk 1

PROBLEEMSTELLING EN INTRODUCTIE

1.1	Inleiding en probleemstelling	1
1.2	De verdere inhoud van deze studie	10
1.3	Introductie van de geneesmiddelensector	12

Hoofdstuk 2

ANALYTISCH KADER

2.1	Porter's analytische uitgangspunten vergelijkend bekeken	25
2.1.1	Strategie en strategisch management: het definiëren van strategie	26
2.1.2	Strategie en de analyse van de omgeving	29
2.1.3	Strategie en structurele analyse	34
2.1.4	Strategie en beleid	40
2.1.5	Doelen, middelen en een beleid met meerdere actoren	43
2.1.6	Afsluiting	46
2.2	Het model van concurrentiekrachten	47
2.2.1	Porter's modellen uit 1980 en 1985 samengevoegd	47
2.2.2	Naar een zesde concurrentiekracht: invloed van belangengroeperingen	60
2.3	Een vergelijking van sectoren	65
2.3.1	Een introductie van sectoren op Europees niveau	66
2.3.2	Potentiële toetredingen	67
2.3.3	De intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten	69
2.3.4	De dreiging van substituten	72
2.3.5	De onderhandelingsmacht van afnemers	73
2.3.6	De onderhandelingsmacht van aanbieders	74
2.3.7	Afsluiting	75
2.4	Aanpak van de studie en casus	77
2.4.1	Aanpak van de studie	77
2.4.2	De casus	78

Hoofdstuk 3

CONCURRENTIE

3.1	Inleiding	81
3.1.1	De analyse van de extramurale verstrekking van recept-geneesmiddelen	81
3.1.2	De scheiding tussen beslissen, betalen en genieten	81
3.1.3	De Nederlandse geneesmiddelensector	85
3.1.4	De concurrentiekrachten in de geneesmiddelensector	86
3.1.5	Substitutievormen in de geneesmiddelensector	88
3.2	De intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen	94
3.2.1	Potentiële toetredingen voor producenten	95
3.2.2	Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor producenten	104
3.2.3	Dreiging van substituten voor producenten	109
3.2.4	Onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders	112
3.2.5	Afsluiting	115
3.3	De intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen	117
3.3.1	Potentiële toetredingen voor groothandelaren	118
3.3.2	Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor groothandelaren	123
3.3.3	Dreiging van substituten voor groothandelaren	130
3.3.4	Onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers	133
3.3.5	Onderhandelingsmacht van groothandelaren als aanbieders	137
3.3.6	Afsluiting	138
3.4	De intensiteit van de concurrentie voor apothekers	143
3.4.1	Potentiële toetredingen voor apothekers	144
3.4.2	Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor apothekers	148
3.4.3	Dreiging van substituten voor apothekers	151
3.4.4	Onderhandelingsmacht van apothekers als afnemers	155
3.4.5	Afsluiting	159
3.5	Artsen, consumenten, zorgverzekeraars en de overheid	163
3.5.1	Artsen	163
3.5.2	Consumenten	165
3.5.3	Zorgverzekeraars	166
3.5.4	Overheid	168
3.6	De reikwijdte van het gebruikte model	176

Hoofdstuk 4

STRATEGIE

4.1	Inleiding	181
4.1.1	Analysekader	181
4.1.2	Inhoud	184

4.2	Achtergronden: de periode 1975-1985	185
4.2.1	Nefarma en de parallel-importeurs	187
4.2.2	Nefarma en de generieke producenten	188
4.2.3	Andere belangengroeperingen	190
4.3	Afsplitsing en OPA - de periode 1986-1989	195
4.3.1	Afsplitsing	195
4.3.2	Kostenbeheersing	196
4.3.3	Instrumenten ten behoeve van volume- en prijsbeleid	198
4.3.4	Het Omni-Partijen Akkoord (OPA)	200
4.3.5	Bezwaren tegen het Omni-Partijen Akkoord	204
4.3.6	Het naderende einde van het Omni-Partijen Akkoord	206
4.3.7	Afsluiting	208
4.4	GVS en het nieuwe Nefarma - de periode 1990-1993	213
4.4.1	De afloop van het Omni-Partijen Akkoord	215
4.4.2	Convenant en Meerjaren Afspraak Farmaceutische hulp (MAF)	218
4.4.3	Het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS)	221
4.4.4	Een nieuw Nefarma	233
4.4.5	Geneesmiddelenbrief en Transparantie Engagement	235
4.4.6	Afsluiting	239

Hoofdstuk 5

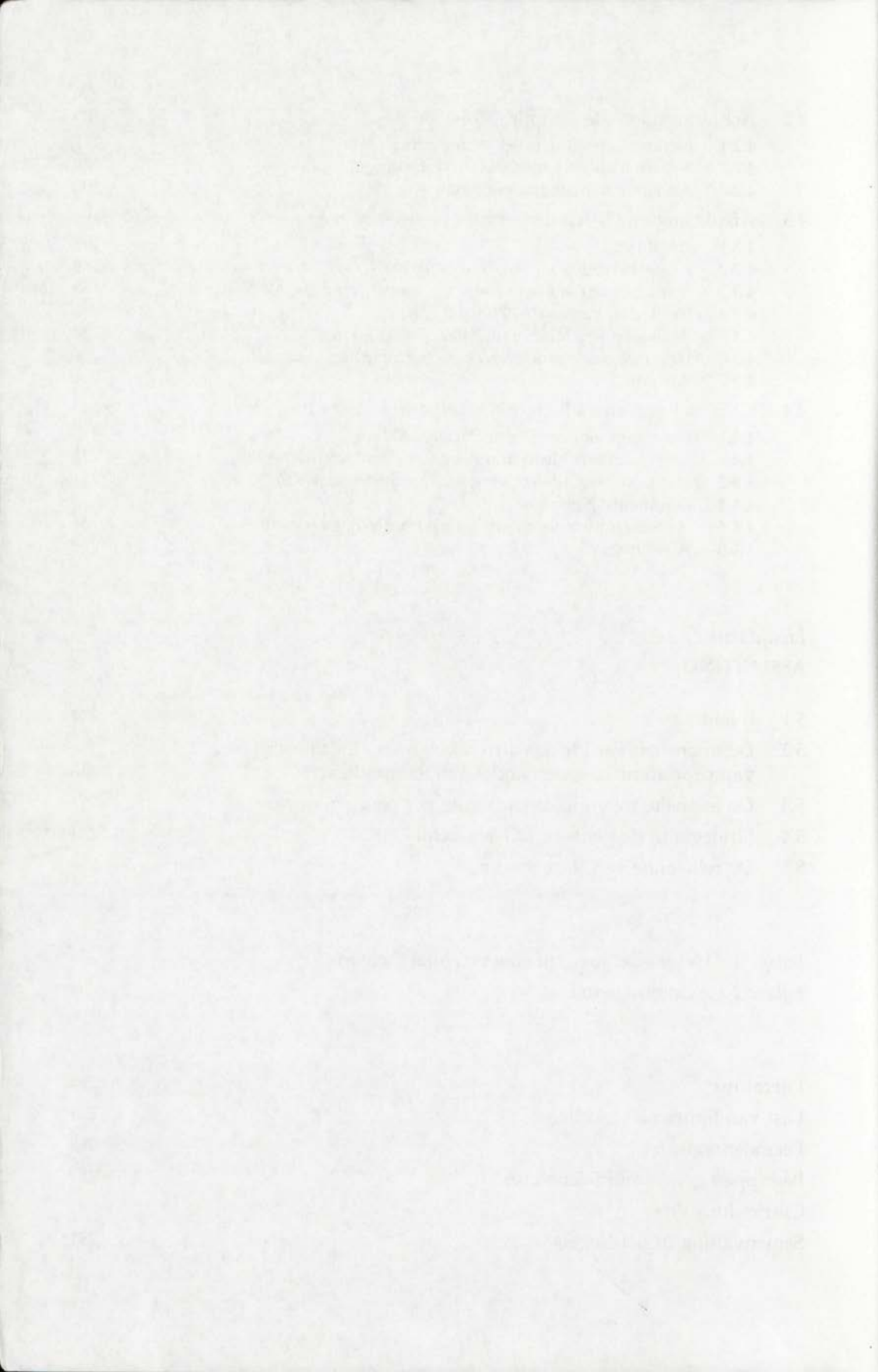
AFSLUITING

5.1	Inleiding	247
5.2	De intensiteit van de concurrentie binnen de <i>industries</i> van producenten, groothandelaren en apothekers	248
5.3	De intensiteit van de concurrentie per concurrentiekracht	251
5.4	Strategie in de geneesmiddelensector	254
5.5	De relevantie van deze studie	259

<i>Bijlage 1</i>	Het model met vijf concurrentiekrachten	263
------------------	---	-----

<i>Bijlage 2</i>	Actorenschema	264
------------------	---------------	-----

Literatuur	265
Lijst van figuren en tabellen	281
Personenregister	285
Begrippen geneesmiddelensector	287
Curriculum Vitae	289
Samenvatting in het Engels	291



Probleemstelling en introductie

7 'Er is sprake van een sterke aanbodzijde, met een goed ontwikkeld marketing apparaat, en een zwakke vraagzijde, met weinig belangstelling, dus invloed op de kosten, waardoor het marktevenwicht naar de aanbodzijde is verschoven. Resultaat: een voortdurende kostenstijging [Uit de brochure 'GVS: Achtergronden en Samenhang', ministerie van WVC, 1991:13]'.

5 'Als de overheid de kosten wil beheersen, moet ze beseffen: het geneesmiddel is de goedkoopste vorm van medische technologie [De voorzitter van Nefarma, Sanders, in: De Volkskrant 5 december 1992]'.

1.1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Het onderwerp van deze studie is concurrentie en strategie in de geneesmiddelen-sector. Enerzijds betekent dit een analyse van de structuur van de concurrentie op het niveau van *industries*. Anderzijds wordt in deze analyse gekeken naar strategie in de geneesmiddelensector op het niveau van de belangengroeperingen.

Het doel van dit onderzoek is het verschaffen van inzicht in de concurrentiële structuur en de ontwikkeling van de concurrentie in de geneesmiddelensector aan de hand van een analytische beschrijving van deze sector. Daarnaast wordt – in het kader van de strategische analyse – gepoogd inzicht te verschaffen in de strategie op het niveau van de belangengroeperingen in de geneesmiddelensector, op basis van een analyse van de invloed van belangengroeperingen op het (overheids)beleid i.c. de strategie in de geneesmiddelensector. Bij dit deel van het onderzoek staat de hypothese centraal dat belangengroeperingen in de Nederlandse geneesmiddelensector een belangrijke strategische invloed hebben. In deze studie wordt gepoogd deze hypothese te onderbouwen, dat wil zeggen dat aangetoond moet worden dat de belangengroeperingen strategische invloed hebben en dat deze invloed relatief belangrijk is in de geneesmiddelensector.

Bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie in de geneesmiddelensector (hoofdstuk 3) is gepoogd zo recent mogelijk materiaal te gebruiken. De meeste data in hoofdstuk 3 zijn, met een enkele uitzondering, afkomstig uit de periode 1986-1992. Deze periode komt grotendeels overeen met de onderzoeksperiode in hoofdstuk 4, waar de analyse van de invloed van belangengroeperingen i.c. de strategie in de geneesmiddelensector centraal staat.

De relatie met eerdere onderzoeksthema's en resultaten

Onderzoek naar de geneesmiddelensector of aspecten daarvan in Nederland heeft vaker plaatsgevonden. Een viertal van de belangrijkste voorbeelden daarvan (respectievelijk twee meer wetenschappelijke publicaties en twee beleidsrapporten) worden hierna kort aangehaald, vooral om te kijken welke thema's daarin een belangrijke rol gespeeld hebben.

'Winst op recept'

Het boek 'Winst op recept' bevat de conclusies van een onderzoek van de Wiardi Beckman Stichting (W.B.S.) uit 1977 waarin een aantal belangrijke trends ten aanzien van de geneesmiddelensector voorzien worden, zoals een schaalvergroting van produktie en afzet (een steeds grotere concentratie), een vergrote consumptie van geneesmiddelen, vercommercialisering van geneesmiddelen, een markt waarop steeds meer nieuwe geneesmiddelen zullen verschijnen en een verhevigde prijzenslag tussen specialité's (merkgeneesmiddelen) en generica (kopieën van uit-patent merkgeneesmiddelen), terwijl er tevens meer nadruk zal komen te liggen op preventieve preparaten. Voor veel mensen is het veelvuldig gebruik van geneesmiddelen het antwoord op het leven in de 'moderne samenleving' en wat dat met zich meebrengt. Vanuit de overtuiging dat dit de mens tot een onmondige staatsburger maakt is het volgens de W.B.S. ongewenst deze weg van een steeds omvangrijker geneesmiddelengebruik op te gaan.

THEMA'S

- 1) De trends die de WBS in 1977 voorzag — zoals een steeds grotere concentratie, een vergrote consumptie, een markt met steeds meer nieuwe middelen, een verhevigde prijzenslag tussen specialité's en generieke geneesmiddelen en een nadruk op preventie.
- 2) De positie van de gebruiker van geneesmiddelen — vooral getypeerd als onmondig en afhankelijk.

'De Nederlandse Geneesmiddelenmarkt in observatie'

4. Het onderzoeksrapport 'De Nederlandse Geneesmiddelenmarkt in observatie', verscheen in 1987 en was afkomstig van onderzoekers van de Erasmus Universiteit. Het is geschreven in opdracht van het ministerie van WVC met als doel inzicht te verkrijgen in de structuur van de geneesmiddelenvoorziening en de werking van het marktmechanisme in dit kader. Teneinde op basis daarvan maatregelen te kunnen voorstellen, die kunnen bijdragen tot kostenbeheersing op het gebied van de extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen, zonder de kwaliteit en de continuïteit van de voorziening aan te tasten. In het rapport wordt de hoogste prioriteit toegekend aan deregulering van de detailhandelsschakel, als een strategie voor de langere termijn. Effecten op kortere termijn zijn vooral te verwachten van het stimuleren van het gebruik van generieke en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen.

THEMA'S

- 3) Voorstellen tot deregulering van de detailhandel in de geneesmiddelensector met het oog op kostenbeheersing op de langere termijn.
- 4) Het stimuleren van het gebruik van generieke en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen, gericht op kostenbeheersing op de kortere termijn.

'Heroverwegingsgroep geneesmiddelenvoorziening'

In augustus 1986 is de interdepartementale commissie Heroverwegingsgroep Geneesmiddelenvoorziening geïnstalleerd die tot doel had om beleidsvoorstellen te ontwikkelen met betrekking tot de verlaging van het prijsniveau en de beheersing van de kostenontwikkeling van geneesmiddelen, waarbij uitgegaan werd van deregulering, gepaard gaande aan een versterking van de marktwerking. Dit zou gerealiseerd moeten worden door het bevorderen van de marktdoorzichtigheid en markttoegankelijkheid; door het doorbreken van monopolistische posities en belangen-parallellie aan de aanbodzijde en het bevorderen van georganiseerde marktmacht aan de vraagzijde en versterking van de prijsafweging bij de consument. Deregulering en deïstitutionalisering van de detailhandelsschakel en de introductie van het ijkprijsstelsel moesten vorm geven aan dit beleid. Ijkprijzen-, ziekenfondslimieten- en referentieprijssysteem zijn diverse benamingen voor een vergoedingssysteem voor geneesmiddelen, waarin verzekeraars geneesmiddelen tot het niveau van een bepaalde 'ijkprijs' — bijvoorbeeld de gemiddelde prijs van een aantal middelen (een cluster) met eenzelfde therapeutische werking — vergoeden. Het ministerie van WVC gebruikt nu de term Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS). In het kader van de deregulering en deïstitutionalisering van de detailhandelsschakel, zouden apothekers marketinginstrumenten, zoals vestigingsplaats, prijsniveau, assortiment en service kunnen aanwenden om met collega's te concurreren. Dit zou een vrije vestiging voor apotheken en vrijheid met betrekking tot het de te voeren producten betekenen. Verder zou hierdoor de binding tussen apothekers en ziekenfondsen verdwijnen. Verzekerden rekenen zelf met de detaillist af en declareren dat (geheel of gedeeltelijk) bij hun verzekering.

THEMA'S

- 5) Ontwikkelingen als een grotere marktdoorzichtigheid en -toegankelijkheid, het doorbreken van monopolistische posities en belangen-parallellie aan de aanbodzijde en de bijdrage daarvan aan verlaging van het prijsniveau en de kostenontwikkeling van geneesmiddelen.
- 6) Ontwikkelingen als het bevorderen van georganiseerde marktmacht aan de vraagzijde en een versterking van de prijsafweging bij de consument en de bijdrage daarvan aan verlaging van het prijsniveau en de kostenontwikkeling van geneesmiddelen.

'Bereidheid tot verandering'

De Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Cie. Dekker) werd in 1986 geïnstalleerd met onder andere de opdracht om te kijken naar de mogelijkheden voor verschuiving van intra- naar extramurale zorg en te zoeken naar prikkels voor kostenbeheersing zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde binnen de gezondheidssector. Een belangrijk element van het zogenaamde plan Dekker is het voorstel om tot een basisverzekering te komen die ca. 85% van het totaal aan voorzieningen en verstrekkingen van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening omvat. In een vrij te verzekeren gedeelte zouden dan de overige 15% worden ondergebracht. Het onderscheid tussen verplicht en particulier verzekerden komt hiermee te vervallen. In het plan Dekker ('Bereidheid tot verandering' 1987) wordt de versterking van de marktwerking niet gebaseerd op de *countervailing power* van de consumenten, maar schat men de marktmacht van de verzekeraar veel groter in. In het plan Dekker worden geneesmiddelen buiten de basisverzekering gehouden uit het oogpunt van mogelijke kostenbeheersing.

Naar aanleiding van de plannen van de Cie. Dekker, neergeschreven in de nota 'Bereidheid tot Verandering', verscheen een reactie van regeringswege getiteld 'Verandering Verzekerd' [WVC 1988a], waaruit een beleidskader ten aanzien van Volksgezondheid in tien punten samen te vatten is: 1) bevordering van de substitutie; 2) tenminste handhaving van de kwaliteit van de zorg; 3) bewaking van de toegankelijkheid (zowel financieel als geografisch); 4) voldoende solidariteit, dat wil zeggen risico-solidariteit (een verzekeringsstelsel en gelijke voorwaarden voor iedereen) en inkomenssolidariteit (een afweging tussen draagkracht en het profijtbeginsel); 5) bevordering van de doelmatigheid van de zorg; 6) beperking van de regelgeving; 7) beheersing van de kosten; 8) mitigeren van inkomenseffecten; 9) beperking van de marginale lastendruk; 10) een nieuw stelsel mag en het financieringsstekort en de collectieve lastendruk niet laten toenemen.

THEMA'S

- 7) Een situatie van meer *countervailing power* bij verzekeraars en de bijdrage daarvan aan kostenbeheersing in de geneesmiddelensector.
- 8) Een situatie van een toenemend substitueren in de geneesmiddelensector en de bijdrage daarvan aan kostenbeheersing.

De hierboven gemaakte selectie van acht thema's die in meer of mindere mate raken aan de inhoud van deze analyse, zal bij de afsluiting van deze analyse in hoofdstuk 5, daar waar conclusies en aanbevelingen centraal staan, opnieuw aan de orde gesteld worden. Op die plek zullen de verbanden met de resultaten van deze analyse gelegd worden. In deze paragraaf volgt nu eerst een inleiding op het analytisch kader van deze studie, die in hoofdstuk 2 nader uitgewerkt zal worden.

De analyse van de concurrentie in de geneesmiddelensector

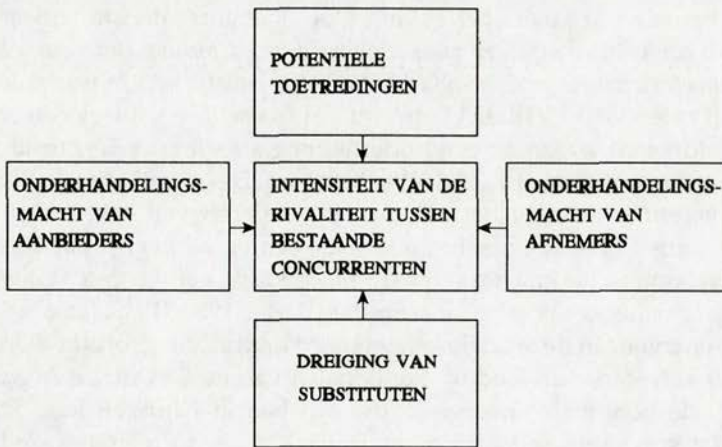
Voor de analyse van de structuur van de concurrentie in de geneesmiddelensector wordt de basis gevormd door de theorie uit het boek *Competitive Strategy* van Porter [1980]. Porter geeft in dat boek de volgende definitie van wat hij de klassieke benadering met betrekking tot (concurrentie)strategieën noemt: '*developing a competitive strategy is developing a broad formula for how a business is going to compete, what its goals should be, and what policies will be needed to carry out those goals* [Porter 1980:XVI]'. Dit betekent dat *competitive strategy* een combinatie is van *ends* (doelen) waarnaar een onderneming streeft en *means* (middelen) die gebruikt worden om een bepaald doel te bereiken. De essentie van het formuleren van een *competitive strategy* bestaat uit het relateren van een bedrijf aan zijn omgeving, aldus Porter. Omgeving is daarbij een breed begrip dat verwijst naar sociale en economische krachten, maar: '*the key aspect of the firm's environment is the industry or industries in which it competes* [Porter 1980:3]'. De structuur van de *industry* – waarvoor in deze analyse het woord bedrijfstak gebruikt wordt – heeft in dit kader een sterke invloed op het bepalen van de '*concurrentieregels* van het spel' en op de potentiële strategieën die een bedrijf hanteren kan. Porter gaat ervan uit dat krachten van *buiten* de bedrijfstak alleen in relatieve zin belangrijk zijn: ze gelden gewoonlijk voor alle bedrijven binnen een bepaalde bedrijfstak, waardoor het interessanter wordt om te kijken naar de verschillende mogelijkheden van bedrijven om met deze krachten om te gaan.

Structurele eigenschappen van bedrijfstakken bepalen de sterkte van de concurrentiekrachten en daarmee de winstgevendheid van *industries*, aldus Porter. Hij noemt hierbij vijf concurrentiekrachten, die de intensiteit van de concurrentie bepalen en waarbinnen een bedrijf een *verdedigbare* positie probeert in te nemen, teneinde zo winstgevend mogelijk te kunnen zijn:

- 1) *potentiële toetredingen*, welke afhankelijk zijn van de entree-barrières, gekoppeld aan de *reacties* van bestaande concurrenten die een 'toetreder' kan verwachten;
- 2) *de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de industry*;
- 3) *de dreiging van substituten*;
- 4) *de onderhandelingsmacht van afnemers*;
- 5) *de onderhandelingsmacht van aanbieders*.

Hetgeen er in schema als volgt uitziet:

Figuur 1.1 Concurrentiekrachten die de intensiteit van de concurrentie in een industry bepalen



Bron: Porter 1980:4.

Porter gebruikt het begrip *industry* om een bepaalde bedrijfstak aan te geven ingedeeld naar een bepaalde produktlijn, zoals banden, staal en cosmetica [Porter 1980:4]. Zijn definitie luidt: *'The group of firms producing products that are close substitutes for each other'* [Porter 1980:5]. In het kader van deze analyse zou dit bijvoorbeeld vergelijkbaar zijn met het begrip geneesmiddelenindustrie, waarmee dan de groep van producenten van geneesmiddelen bedoeld wordt. Dit komt ook overeen met een definitie van een bedrijfstak als: *'een verzameling van ondernemingen of filialen van ondernemingen die gelijksoortige produkten produceren op basis van een gelijksoortige technologie'* [Daems en Douma 1984:38]. Deze analyse beperkt zich niet alleen tot het producenten-niveau, maar ook de intensiteit van de concurrentie op het niveau van de distributieschakel (geneesmiddelen-groothandels) en de detailhandelsschakel (apothekhoudenden) wordt geanalyseerd met behulp van hetzelfde concurrentiekrachtenmodel. Bij een analyse als deze, op een breder niveau dan dat van producenten alleen, en waarin de eerder genoemde belangengroeperingen verondersteld worden een belangrijke positie in te nemen, voldoet het woord bedrijfstak niet. Hier wordt daarom de term geneesmiddelensector gehanteerd, waarmee alle actoren, die een rol spelen in deze analyse meegenomen kunnen worden. Het begrip actor wordt in deze studie gebruikt in de betekenis van *'een kiezende of handelende georganiseerde groepering'* (zie verder ook paragraaf 2.1.4). De aanduiding actoren wordt gebruikt voor ondernemingen (in de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen *industries*) als ook voor belangengroeperingen inclusief overheden (in de analyse van de strategie in de geneesmiddelensector). Het begrip geneesmiddelensector sluit verder ook aan bij het spraakgebruik van de betrokken actoren. De

begrippen industrie en sector worden vaak door elkaar gebruikt, waarbij vanuit de overheid nog vaak over geneesmiddelenvoorziening gesproken wordt. In termen van de SBI van het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt gesproken over de bedrijfsgroep van de genees- en verbandmiddelen (SBI-nummer 29.6). De extramuraal voorgeschreven humane geneesmiddelen, waartoe deze studie beperkt is, vormen daar een onderdeel van en zouden in SBI-termen een bedrijfs-subgroep zijn. Op een verdere invulling van het begrip geneesmiddelensector komen we in dit hoofdstuk nog terug.

Aangenomen wordt verder dat het concurrentiekrachtenmodel ook geschikt is voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie voor de 'industries' van farmaceutische groothandelaren en apothekers. Het gaat hier om ondernemingen die voornamelijk diensten aanbieden en verder ook in alle opzichten als ondernemingen functioneren, gericht op het streven naar winst en continuïteit. In paragraaf 3.6 komt dit, bij de afsluiting van de analyse van de concurrentie in de geneesmiddelensector nog aan de orde.

Het gebruik van Porter's analytisch kader als startpunt voor de opzet van een analysekader betekent dat in ieder geval twee vragen nu al gesteld kunnen worden: 1) biedt Porter's concurrentiekrachtenmodel als uitgangspunt voldoende houvast voor een analyse van de concurrentie in de geneesmiddelensector en 2) welke aanvullingen daarop kunnen nu reeds voorzien worden?

Het antwoord op de vraag of Porter's concurrentiekrachtenmodel als instrument geschikt is voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie van actoren in de geneesmiddelensector zal in hoofdstuk 2 aan de orde komen.

Aanvulling

Ten aanzien van de tweede vraag, welke aanvullingen op Porter's analysekader kunnen nu reeds voorzien kunnen worden, valt op dat Porter twee niveaus binnen een *industry* onderscheidt: het bedrijf en de *industry* als geheel. In deze studie is het begrip *industry*, zoals hiervoor besproken is, verruimd naar wat sector genoemd wordt. In deze studie wordt uitgegaan van twee niveaus: dat van de *industry* en dat van de sector, zoals weergegeven in figuur 1.2. In figuur 1.2 wordt binnen de gesloten lijn het gebied van het sectoronderzoek aangegeven. Onderin de figuur staan de (ondernemingen binnen) *industries* die onderzocht worden bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie. Het gebied van het onderzoek naar strategie in de geneesmiddelen is aangegeven met een stippellijn.

Iedereen die zich zelfs maar oppervlakkig bezig houdt met de geneesmiddelensector – bijvoorbeeld door de berichten in de krant te volgen – zal direct al geconfronteerd worden met de prominente rol van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector. Voorbeelden van dit soort groeperingen zijn: Nefarma (producenten en importeurs van merkgeneesmiddelen), Bogin (Bond van Geneerike Geneesmiddelen Industrie Nederland), KNMP (apothekers), VNZ (ziekenfondsen), en de BvG (volgesorteerde reguliere groothandelaren).

Figuur 1.2 Onderscheiden onderzoeksniveaus



Het belang van de belangengroeperingen in de Nederlandse geneesmiddelensector wordt ook benadrukt door het feit dat deze groepen door overheden als het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) als de vertegenwoordigers van hun achterban en voornaamste gesprekspartners gezien worden. Bij de formulering en uitvoering van het beleid in de geneesmiddelensector worden deze organisaties expliciet betrokken.

Op grond hiervan wordt in deze studie uitgegaan van de hypothese dat de belangengroeperingen in de Nederlandse geneesmiddelensector een (belangrijke) strategische invloed hebben in de Nederlandse geneesmiddelensector, waarover in het begin van dit hoofdstuk al gesproken is.

Een aanvulling op Porter's analysekader, ten behoeve van deze studie, komt voort uit de veronderstelling dat de strategische invloed van de belangengroeperingen relatief belangrijk is in de geneesmiddelensector, en tevens daarmee invloed heeft op de concurrentiële structuur.

In *The Competitive Advantage of Nations* [1990a] spreekt ook Porter over 'andere krachten', dan die door hem genoemd worden in 1980, omdat, zoals hij zelf zegt: 'I developed a strong conviction that the national environment does play a central role in the competitive success of firms' [Porter 1990a:XII]. Het is in het kader van dit onderzoek natuurlijk van groot belang dat ook Porter een analyse die zich alleen op het niveau van het bedrijf en de industrie begeeft, zoals in zijn boek uit 1980, kennelijk als onvoldoende kenmerkt. Voor een nadere discussie en uitwerking wordt verwezen naar hoofdstuk 2 (paragraaf 2.2.2).

De analyse van strategie in de geneesmiddelensector

Met de gesignaleerde aanwezigheid en het idee van een relatief centrale positie van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector wordt tevens een relatie aangegeven met het tweede deel van deze studie: de analyse van de invloed van de belangengroeperingen en hun strategieën in de geneesmiddelensector. In hoofdstuk 2 zal beargumenteerd worden waarom in deze analyse het meeractoren-model van Kuypers [1976] een geschikt instrument vormt in het kader van

deze studie, waar het gaat om een analyse met meerdere actoren i.c. de belangengroeperingen in de geneesmiddelensector.

Aansluiting tussen concurrentie en strategie

De aansluiting met het begrippenkader van Porter is belangrijk wanneer gesproken wordt over de aansluiting tussen de analyse van de concurrentie en die van de strategie in de geneesmiddelensector.

De verbinding tussen de twee analyse-onderdelen wordt gevormd door het begrip invloed, dat gedefinieerd wordt als een relatie, gebaseerd op determinanten die een manier vormen waarop invloed tot stand komt [Dahl 1969]. In deze studie worden daarbij drie basisrelaties gebruikt: macht of dwang, gezag en legitimiteit (zie verder paragraaf 2.2.2).

Eenzijds wordt het begrip invloed in deze studie gebruikt bij de analyse van de strategie van de belangengroeperingen. Anderzijds vormt het begrip invloed de basis van de aanvulling die in deze analyse gemaakt wordt op het concurrentiekrachtenmodel van Porter, gebaseerd op de hypothese dat de belangengroeperingen een belangrijke strategische invloed in de Nederlandse geneesmiddelensector hebben. Deze invloed werkt in op de vijf concurrentiekrachten die in het model van Porter de structurele eigenschappen van de *industry*, in deze studie de sector, weergeven. Daarnaast wordt hier geponeerd dat deze strategische invloed van belangengroeperingen ook een *directe* relatie heeft met de concurrentiële structuur, zodat het begrip 'de invloed van belangengroeperingen' als zesde concurrentiekracht als hypothese in beschouwing wordt genomen. Voor een verdere argumentatie wordt verwezen naar hoofdstuk 2 (paragraaf 2.2.2).

Belang van het onderzoek

Het wetenschappelijk c.q. bedrijfskundig belang van dit promotieonderzoek bestaat uit de bijdrage die het kan leveren aan de theorievorming op het gebied van omgevings-, interorganisationale- en strategische analyse. Door het bekijken van de toepasbaarheid van bestaande analytische kaders (zoals die van Porter) voor onderzoek in sectoren als bijvoorbeeld de geneesmiddelensector en door het bekritisieren en aanvullen van deze kaders (zoals bijvoorbeeld door het inpassen van belangengroeperingen in de analyse) wordt aan deze theorievorming bijgedragen, waarbij uitgegaan wordt van een bedrijfskundige analyse van concurrentie en strategie in de geneesmiddelensector.

Voor wat betreft de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek voor de samenleving, zal een groter inzicht in strategische besluitvorming (tegen de achtergrond van een interactie van publieke en private belangen in de geneesmiddelensector) zowel voor overheden als voor andere organisaties kunnen bijdragen aan effectiever en efficiënter handelen en strategievorming. Voor ondernemingen in de geneesmiddelensector betekent dit dat de analyse van de concurrentiële structuur een hulpmiddel kan zijn voor het bepalen van de ondernemingsstrategieën. Voor belangengroeperingen zou de analyse met

betrekking tot invloed en strategie een vergelijkbare functie als hulpmiddel bij het bepalen van strategieën kunnen vormen.

1.2 DE VERDERE INHOUD VAN DEZE STUDIE

Hoofdstuk 2 – Analytisch kader en methodiek

In hoofdstuk 2 worden met als basis het begrip concurrentiestrategie van Porter [1980], zijn analytische uitgangspunten vergelijkend bekeken. Er worden relaties gelegd met strategie en strategisch management, vooral gericht op het definiëren van het begrip strategie. Verder komen verschillende stromingen binnen de studie van de omgeving van organisaties aan de orde, waarvan het model van Porter er één is uit de Industrial Organization benadering. Daarna volgt een uiteenzetting met betrekking tot de zogenaamde structurele analyse, en mogelijke verbanden met het analysekader van deze studie. Een volgende paragraaf over strategie en beleid, begrippen die in deze studie equivalent geacht worden, gaat in op beleidstheorie, en is voornamelijk gericht op de definitie van centrale begrippen, gevolgd door een verdere uiteenzetting met betrekking tot de begrippen doelen, middelen en effecten. Een volgende stap is de weergave van een model voor een meer-actoren-beleid, een situatie die in het kader van deze studie actueel is. Tenslotte volgen dan een aantal conclusies die vooral van belang zijn ten aanzien van de opzet van het model van structuurelementen. Dit model van structuurelementen wordt samengesteld op basis van een tweetal modellen van structuurelementen van Porter [1980 en 1985]. Vervolgens wordt dit model aangepast, door de toevoeging van 'een zesde concurrentiekracht': de invloed van belangengroeperingen, hetgeen voortvloeit uit hetgeen in dit hoofdstuk al over deze belangengroeperingen gezegd is en in hoofdstuk 2 verder uitgewerkt zal worden. Het concurrentiekrachtenmodel wordt in een volgende paragraaf gehanteerd bij de vergelijking van een aantal sectoren op Europees niveau, waaronder de farmaceutische sector, vooral gericht op het weergeven van die punten waarop de geneesmiddelensector onvergelijkbaar is met andere sectoren. Hoofdstuk 2 wordt afgesloten met een korte uiteenzetting en samenvatting met betrekking tot de aanpak van de analyse en de in het kader van deze studie gebruikte casus.

Hoofdstuk 3 – Concurrentie in de geneesmiddelensector

In hoofdstuk 3 wordt de geneesmiddelensector geanalyseerd en beschreven aan de hand van het in hoofdstuk 2 samengestelde vijfkrachtenmodel van elementen van industriestructuur, gericht op de analyse van de concurrentie in de geneesmiddelensector. De analyse en verdere invulling van de 'zesde kracht', zal plaatsvinden in hoofdstuk 4.

Na een verdere uitwerking van het model voor de geneesmiddelensector (zie paragraaf 1.3), wordt in hoofdstuk 3 uitgebreid ingegaan op het bestaan en de verschijningsvormen van substituten in de geneesmiddelensector. Daarna volgen aparte paragrafen over de intensiteit van de concurrentie in de *industries* van achtereenvolgens producenten, groothandelaren en apothekers, waar gewerkt

wordt aan de hand van het concurrentiekrachtenmodel. Vervolgens komen in dit hoofdstuk in een aantal korte paragrafen artsen, zorgverzekeraars, de overheid en consumenten van geneesmiddelen aan de orde. De laatste paragraaf van hoofdstuk 3 gaat over het gebruik van het (vijf-krachten-) model voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de drie onderzochte *industries*.

Hoofdstuk 4 – Strategie in de geneesmiddelensector

In hoofdstuk 4 zal de analyse van strategie in de geneesmiddelensector centraal staan, waarbij een tweetal kanttekeningen gemaakt moeten worden: het gaat hier om strategie in de Nederlandse geneesmiddelensector en een centraal uitgangspunt bij de analyse is de in hoofdstuk 2 uitgewerkte hypothese dat belangengroeperingen een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming van strategisch beleid in de (Nederlandse) geneesmiddelensector.

In dit hoofdstuk wordt gewerkt met een casus die in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt wordt en benoemd wordt als: 'de casus van de ontwikkelingen (in de strategie) van belangengroeperingen van producenten en importeurs van geneesmiddelen in Nederland in de periode 1986-1993'. In een paar woorden kan men deze casus omschrijven als het verloren gaan van de prominente rol van de Nederlandse Associatie van de (Innoverende) Farmaceutische Industrie (Nefarma) in het gezelschap van andere belangengroeperingen in de geneesmiddelensector, met name door de opkomst van andere belangengroeperingen van producenten van geneesmiddelen, zoals de Bond van de Generieke Geneesmiddelen Industrie Nederland (Bogin). Twee series van gebeurtenissen spelen daarbij een belangrijke rol. Ten eerste het proces van de opkomst van andere belangengroeperingen van producenten (1986-1987) en het ontstaan en de teloorgang van het Omni-Partijen-Akkoord (1986-1990). Ten tweede het ontstaan en de invoering van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (1990-1991) en de omvorming van Nefarma tot een belangengroepering voor alleen innovatieve ondernemingen (1992).

De keuze voor het gebruik van deze casus is gemaakt omdat deze casus centraal staat in het netwerk van de geneesmiddelenvoorziening en vooral sterke relaties heeft met de concurrentiekracht: de dreiging van substituten. In hoofdstuk 3 zal blijken dat deze concurrentiekracht zo belangrijk is in de geneesmiddelensector, omdat vooral daarmee bijgedragen wordt aan een vergroting van de intensiteit van de concurrentie. Daarnaast raakt de casus direct aan centrale elementen van (overheids)beleid in de geneesmiddelensector waarbij, zoals in hoofdstuk 4 zal blijken, vooral gedacht kan worden aan kostenbeheersingsbeleid, dat wil zeggen het beheersen van prijs- en volumestijgingen in de geneesmiddelensector. Het belang van de casus voor het gehele veld van de geneesmiddelensector garandeert tevens de betrokkenheid daarbij van de belangengroeperingen in de geneesmiddelensector.

In hoofdstuk 4 zullen, na een korte historische terugblik, achtereenvolgens in een tweetal paragrafen de twee hierboven genoemde series van gebeurtenissen in het kader van de casus centraal staan. De afsluitende paragrafen van dit hoofdstuk zullen vooral ingaan op de inhoud van doelen, middelen en effecten in het kader van strategie en de bases van de invloedsrelaties.

Hoofdstuk 5 – Afsluiting

Deze studie wordt afgesloten in hoofdstuk 5 met centrale conclusies, conclusies ten aanzien van de relatie tussen de analytische onderdelen concurrentie en strategie in de studie, alsmede een paragraaf over de bedrijfskundige i.c. wetenschappelijke relevantie van deze studie.

theoretisch kader

1.3 INTRODUCTIE VAN DE GENEESMIDDELENSSECTOR

Wat verstaan wordt in dit onderzoek onder de term geneesmiddelensector kan worden aangegeven met behulp van de figuren 1.3 en 1.4. Deze figuren zijn te beschouwen als een verdere uitwerking van figuur 1.2 (zie paragraaf 1.1), waarin onderzoekniveau's binnen deze studie onderscheiden worden.

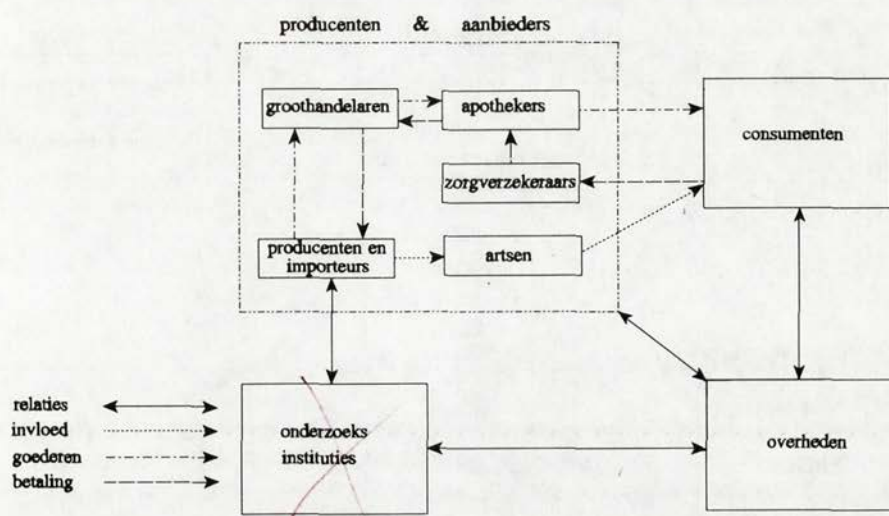
Naast de belangrijke actoren in het kader van de analyse van de intensiteit van de concurrentie, geeft figuur 1.3 ook een aantal belangrijke karakteristieken van recept-geneesmiddelen weer. In de inleiding van hoofdstuk 3 wordt hier uitgebreid op ingegaan. Op deze plaats volstaat een samenvatting in een paar woorden. Recept-geneesmiddelen kennen een scheiding tussen: beslissen, betalen en genieten. De arts beslist welk produkt er (in)genomen wordt, de verzekering draagt zorg voor de (directe) betaling en de consument gebruikt het middel. Deze scheiding komt voort uit het systeem van de gezondheidszorg. De betaling van de rekening is collectief geregeld, de arts let voornamelijk op de kwaliteit van het produkt en is niet direct bij de prijs ervan betrokken en voor de consument ontbreekt een directe relatie met de kosten van geneesmiddelen, door een systeem waarin men premies voldoet voor een (verplichte of particuliere) ziektekostenverzekering en de AWBZ. Op individueel niveau bestaat er dan geen directe relatie tussen de hoogte van de premies en de hoeveelheid of prijs van de geneesmiddelen die men als patiënt gebruikt.

In figuur 1.3 zijn de producenten en aanbieders met een stippellijn omkaderd. Producenten en importeurs worden in één blokje daarbinnen aangegeven. De meeste in Nederland gevestigde geneesmiddelenproducenten zijn importeurs, dat wil zeggen dat zij in Nederland geen productiebedrijf hebben. Wanneer er in deze studie over producenten gesproken wordt, dan worden in de regel zowel in Nederland gevestigde productiebedrijven als importeurs bedoeld.

Naast producenten van geneesmiddelen worden ook andere aanbieders in figuur 1.3 aangegeven. In termen van hun *core-business* zijn dat de groothandel die geneesmiddelen distribueert, de apotheken die de detailhandelsschakel vormt, de zorgverzekeraar waarvan de consument zijn zorgverzekering betreft en de arts die geneesmiddelen voorschrijft.

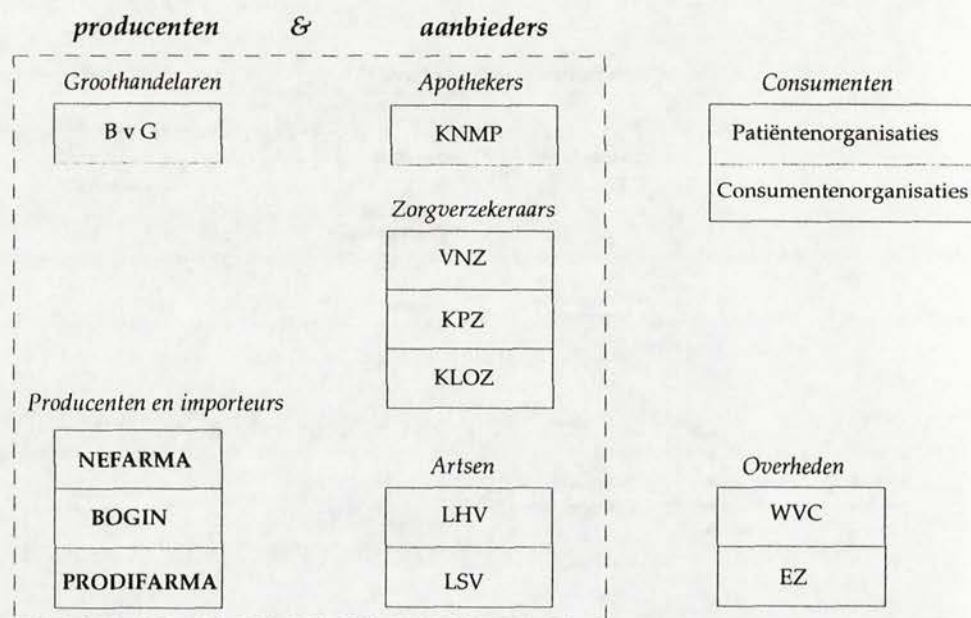
Aangezien in deze studie de nadruk ligt op de extramurale verstrekking van recept-geneesmiddelen (zie paragraaf 3.1.1), staan met name huisartsen centraal, daar waar het om artsen gaat. Onderzoeksinstituten worden verder grotendeels buiten beschouwing gelaten in het kader van deze studie, op de bespreking in paragraaf 3.2.1 na.

Figuur 1.3 De Nederlandse geneesmiddelensector



Naast een analyse van de intensiteit van de concurrentie, is deze studie ook gericht op een analyse van de invloed van belangengroeperingen in het kader van de analyse van strategie in de geneesmiddelensector. De in deze studie centraal staande belangengroeperingen zijn weergegeven in figuur 1.4. Deze figuur kan men in gedachten over figuur 1.3 heen leggen. De onderscheiding in verschillende niveau's is nog uitgebreider weergegeven in het actoren schema in Bijlage 2. De belangengroeperingen die centraal staan in de casus in hoofdstuk 4 zijn vetgedrukt. In de geneesmiddelensector bestaan zowel private- als publieke belangen. De marktconforme productie en distributie van geneesmiddelen en de daarbij behorende private belangen van ondernemers als producenten, groothandels en apothekers staan naast de publieke belangen binnen de sector, waarin bijvoorbeeld de overheid doelstellingen van haar beleid ten aanzien van de gezondheidszorg probeert te realiseren, zoals bijvoorbeeld met betrekking tot een optimale toegankelijkheid en kwaliteit alsmede kostenbeheersing van de zorg. Men kan stellen dat de zorginhoudelijke doelstellingen – zoals een optimale toegankelijkheid – en de economische doelstellingen van overheidsbeleid – zoals kostenbeheersing – op het niveau van de overheid of overheden alleen al tot spanningen kunnen leiden en veel overheidsbeleid is dan ook getekend door afwegingen in het kader van deze spanning. Het grotendeels buiten beschouwing laten van onderzoeksinstituten betekent ook dat organisaties op dit gebied, zoals de Nederlandse Vereniging voor Farmacologie en Farmacochemie, niet opgenomen zijn in figuur 1.4.

Figuur 1.4 Belangengroeperingen (inclusief overheden) in de Nederlandse geneesmiddelensector



Toelichting

BvG: Bond van Groothandelaren in het Farmaceutisch Bedrijf (anno 1994 BG-Pharma geheten, in deze studie wordt de oude benaming BvG nog gebruikt), KNMP: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie, VNZ: Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, KPZ: Kontaktorgaan Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekeraars, KLOZ: Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars, Nefarma: Nederlandse Vereniging van de innoverende farmaceutische industrie, Bogin: Bond van de Generieke geneesmiddelenindustrie Nederland, Prodifarma: Vereniging van producenten en distributeurs van farmaca, LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging, LSV: Landelijke Specialisten Vereniging, WVC: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, EZ: ministerie van Economische Zaken.

Complexer wordt een situatie waarin de publieke belangen in de sector tegenover de private belangen komen te staan. Een voorbeeld daarvan is de constante spanning tussen het publieke belang om de kosten van de zorg te beheersen, tegenover het private belang om als onderneming zo goed mogelijk te presteren i.c. het realiseren van goede bedrijfsresultaten. Dit laatste voorbeeld is hier niet toevallig gekozen. De laatste jaren heeft het beleid vanuit de overheid veelal in het teken gestaan van deze spanning, waarvan in deze paragraaf een aantal ontwikkelingen – met betrekking tot onder andere internationale prijsverschillen en verschillen tussen uitgavenstijgingen op nationaal niveau tussen deel-sectoren van de zorgsector – belicht zullen worden. Daartoe zal in deze paragraaf eerst aandacht gegeven worden aan een internationale vergelijking van Europese geneesmiddelensectoren. Daarna zal de Nederlandse geneesmiddelensector bezien

worden in het kader van de totale zorgsector waarvan zij deel uitmaakt. Tot slot volgen dan nog enige kerngegevens van de geneesmiddelensector in Nederland.

Internationaal vergelijkend

De geneesmiddelensector in Nederland kan moeilijk geheel los gezien worden van internationale invloeden, omdat vooral het producentenniveau sterk internationaal georiënteerd is. Alvorens nader in te gaan op ontwikkelingen in de Nederlandse situatie, positioneren we hier eerst Nederland in een internationaal perspectief.

Wanneer men kijkt naar een vergelijking tussen Europese landen als producenten van geneesmiddelen, komt een interessant patroon naar voren. Een belangrijke onderscheiding kan er gemaakt worden tussen de meeste van de kleinere Westeuropese landen en de grotere landen in deze regio, vooral wanneer gekeken wordt naar enerzijds de grootte van de bevolking en anderzijds het volume van de produktie van geneesmiddelen. De grootste Europese producenten van geneesmiddelen – de eerste vijf landen in tabel 1.1 – laten een handelspercentage zien dat ongeveer gelijk of kleiner is dan het gemiddelde handelspercentage (34,1%), terwijl verschillende kleinere landen (cursief weergegeven) twee tot drie maal boven dit gemiddelde percentage uitkomen. Deze cijfers zijn afkomstig van de European Federation of Pharmaceutical Industries' Associations (EFPIA), waarbij de nationale producenten-organisaties van de landen genoemd in tabel 1.1 zijn aangesloten.

De opvallende export-prestaties van kleinere landen als België, Nederland, Denemarken, Ierland, Zweden, Oostenrijk en niet te vergeten, Zwitserland, laten zien dat de grootte van een land niet noodzakelijk gekoppeld is aan de omvang van de produktie en export van geneesmiddelen. Verschillende zogenaamd kleinere landen en dan vooral de 'rijkere' landen, produceren veel meer geneesmiddelen dan zij zelf kunnen consumeren, zoals blijkt uit tabel 1.1.

Toch betekent dit niet dat deze kleinere landen zelfvoorzienend zijn waar het om geneesmiddelen gaat. De markt voor geneesmiddelen is verdeeld in verschillende deelmarkten – zoals bijvoorbeeld die voor hart- en vaatziekten, maagdarm-middelen, psychofarmaca, antibiotica, ontstekingsremmers en oncolytica, om een paar belangrijke te noemen. Kleine landen hebben meestal maar één of hooguit een paar innovatieve producenten die voornamelijk actief zijn op één of hooguit een paar deelmarkten. In Nederland is er eigenlijk maar één belangrijke innovatieve producent, Organon, een bedrijf dat voornamelijk actief is op de markt voor orale anticonceptiva. Organon voert dan ook 95% van wat zij in Nederland maakt uit, terwijl het grootste gedeelte van de in Nederland gebruikte geneesmiddelen uit het buitenland komt. Het marktaandeel van Nederlandse producenten wordt geschat op tegen de 20%, en daarvan bestaat dan weer een groot deel uit generieke kopieën van merkgeneesmiddelen met een verlopen octrooi.

Tabel 1.1 Consumptie, productie, handel en export, Europese (EFPIA) landen, 1988

Land	Consumptie ECU miljoenen	Productie ECU miljoenen	Totale handel binnen EFPIA gebied als % van productie	Export naar buiten EFPIA gebied als % van productie
Bondsrepubliek	7.701	11.119	35,6	15,6
Frankrijk	7.504	10.423	21,1	10,2
Verenigd Koninkrijk	4.629	8.432	30,9	15,7
Italië	6.623	8.031	15,1	6,8
Spanje	2.118	3.408	13,6	5,8
België/Luxemburg	1.017	1.244	81,2	22,7
Nederland	878	1.067	95,4	32,1
Denemarken	374	845	87,2	35,4
Ierland	160	495	92,7	25,4
Portugal	497	432	15,5	7,2
Griekenland	359	318	5,7	n.b.
EU	31.860	45.814	30,0	13,0
Zwitserland	820	2.621	90,0	42,2
Zweden	818	932	70,7	24,2
Oostenrijk	651	639	60,4	23,2
Finland	471	384	18,5	10,2
Noorwegen	266	312	22,4	5,8
Totaal	34.886	50.702	34,1	14,8

Bron: EFPIA Figures 1990:13 en 24.

De geneesmiddelensector in Nederland heeft tevens kenmerken waarin zij zich blijkt te onderscheiden van veel andere Europese landen, niet alleen van de grote landen in Europa, maar van de kleinere qua uitgangspositie meer vergelijkbare landen. Deze verschillen concentreren zich vooral op het prijsniveau van geneesmiddelen, het volume van de consumptie en de uitgaven voor geneesmiddelen, zowel in absolute zin als in relatie tot de totale uitgaven voor de gezondheidszorg.

Nederland behoort zowel in 1988 als in 1993 tot de landen met het hoogste prijsniveau voor recept-geneesmiddelen in de Europese Unie, zoals te zien is in tabel 1.2.

Het prijsniveau in de Bondsrepubliek is volgens de bovenstaande cijfers behoorlijk gedaald. Dit heeft onder andere te maken met de invoering van het *Festbeträge*-systeem, een vergoedingssysteem voor geneesmiddelen dat qua werking lijkt op het in Nederland vigerende Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS). De vereniging van de beide Duitslanden maakt het echter moeilijk om cijfers van de Bondsrepubliek voor 1989 en na 1989 met elkaar te vergelijken. Het gemiddelde prijsniveau van geneesmiddelen in de voormalige DDR lag veel lager dan in de BRD van voor 1989, onder andere door een veel omvangrijker gebruik van generieke geneesmiddelen.

Tabel 1.2 *Vergelijking van prijsniveaus voor geneesmiddelen tussen EU-landen, 1988 en 1993 (index consumenten prijzen)*

Land	1988	1993
Portugal	61	70
Frankrijk	68	63
Spanje	69	94
Griekenland	71	87
Italië	78	96
België	85	116
Verenigd Koninkrijk	110	123
Ierland	118	135
Nederland	131	148
Denemarken	141	135
Bondsrepubliek	146	105
EU-gemiddelde	100	100

Bron: (1988) FOZ 1990:121, Bureau Européen des Unions des Consommateurs (BEUC) 1989; (1993) NRC Handelsblad 29.10.93, RvS, IMS Nederland BV, ABDA, Financial Times/Scrip april 1994.

Uit het naast elkaar leggen van de indexcijfers voor bijvoorbeeld Frankrijk (63) en Nederland (148) voor 1993 uit de tabel 1.2, kan men – ceteris paribus – concluderen dat in Nederland geneesmiddelen gemiddeld ongeveer 135% duurder zijn dan in Frankrijk. In geld uitgedrukt zou er als in Nederland voor geneesmiddelen eenzelfde prijsniveau zou bestaan als in Frankrijk meer dan twee miljard gulden per jaar minder uitgegeven kunnen worden voor geneesmiddelen, ervan uitgaande dat in 1993 5466 miljoen gulden uitgegeven wordt voor de farmaceutische hulp [FOZ 1993:12].

Het verbruik van geneesmiddelen is in Nederland relatief laag, zoals blijkt uit tabel 1.4, waarin het verbruik van geneesmiddelen per hoofd van de bevolking voor verschillende landen vergeleken wordt.

In tabel 1.4 is te zien dat, als we weer Frankrijk en Nederland apart nemen, in Frankrijk ruim twee keer zoveel geneesmiddelen per hoofd van de bevolking gebruikt worden in vergelijking met het verbruik in Nederland. De relatief hoge prijzen in Nederland worden nogal eens verdedigd met de redenering dat bij een laag consumptieniveau een hoge prijs hoort, vooral ook om toch voldoende fondsen voor onderzoek en ontwikkeling te genereren (zie bijvoorbeeld Innovator 1 [mei 1993:21]). Uit vergelijking van de tabellen 1.2 en 1.3 blijkt in ieder geval dat de relaties 'hoge prijs maal laag volume' of 'lage prijs maal hoog volume' voor verschillende andere landen niet opgaat. Zo heeft de Bondsrepubliek één van de hoogste prijsniveaus terwijl het verbruik per hoofd van de bevolking ook relatief hoog is, en kent Spanje naast een relatief laag prijsniveau ook een relatief bescheiden verbruik van geneesmiddelen.

Tabel 1.3 Verbruik van geneesmiddelen tegen af-fabrieksprijs per hoofd van de bevolking, excl. levering aan ziekenhuizen, 1990 (in US \$) en index

Land	US \$	Index
Frankrijk	193	140
Italië	179	130
Bondsrepubliek	162	118
Verenigde Staten	146	106
België	136	99
Spanje	113	82
Nederland	86	63
Verenigd Koninkrijk	85	62
Gemiddeld	137,5	100

Bron: Farma Feiten 1993:7, IMS Den Haag.

Ook als er gekeken wordt naar een internationale vergelijking van het geneesmiddelengebruik als percentage van het BNP en als percentage van de totale uitgaven voor de zorgsector valt het bescheiden volume van het geneesmiddelenverbruik in Nederland op. Dit is des te interessanter wanneer men daarbij betreft dat voor uitgaven voor de totale gezondheidszorg Nederland wel tot die landen behoort die daaraan (als percentage van het BNP) relatief veel uitgeven.

Uit tabel 1.4 blijkt dat in Nederland, in vergelijking met andere westerse landen, andere vormen van gezondheidszorg blijkbaar populairder zijn dan een therapie door middel van het gebruik van (alleen) geneesmiddelen.

Tabel 1.4 Kosten van de gezondheidszorg in internationaal perspectief, 1991 (tenzij anders vermeld)

Land	Gezondheidszorg als % van BNP	Geneesmiddelen als % van BNP	Geneesmiddelen als % van gezondheidszorg
Nederland	8,1	0,78	8,2
Ierland	7,1	0,50	8,3
Denemarken	6,2	0,66	11,6
Ver. Koninkrijk (1988)	6,1	0,80	11,6
Zwitserland	7,4	0,92	12,5
Spanje (1988)	6,6	0,76	14,3
Bondsrepubliek	8,1	1,30	15,4
Italië	7,6	0,99	16,6
Frankrijk	8,9	1,55	17,1
België	7,4	1,28	17,3
Portugal	6,7	0,67	30,7
Griekenland (1989)	5,3	1,90	31,0

Bron: Farma Feiten 1993:7, OECD 1992, MEFA facts 1991.

De Nederlandse geneesmiddelensector als onderdeel van de zorgsector

De geneesmiddelensector is een onderdeel van de zorgsector en kan daar niet zo maar los van gezien worden. Zo speelt bijvoorbeeld het begrip substitutie een rol ook tussen deel-sectoren binnen de zorgsector. Ziekenhuisopname en (extra-muraal) geneesmiddelengebruik kunnen geheel of gedeeltelijk als alternatieve therapieën fungeren, met vaak ook verschillende prijskaartjes. De volgende alinea's gaan in op de Nederlandse zorgsector, met als onderdeel de geneesmiddelensector, ook in vergelijking met andere deel-sectoren van de zorgsector.

De zorgsector vormt in Nederland een belangrijke bedrijfstak, hetgeen te illustreren is met het aandeel van 11,2% in de werkgelegenheid en 9,4% van het totale investeringsvolume (in gebouwen) dat in 1990 aan de zorgsector toegerekend kan worden [FOZ 1992:12].

Absoluut gezien groeien de uitgaven voor zorg in Nederland elk jaar en de verwachting bestaat dat deze ontwikkeling ook zal aanhouden, zoals blijkt uit tabel 1.5. Uit diezelfde tabel blijkt dat de uitgaven voor zorg als percentage van het BNP redelijk constant zijn en de verwachting bestaat dat er sprake zal zijn van een afname.

De geschatte afname van de uitgaven voor zorg als percentage van het BNP behoeft wel enige toelichting. Ervan uitgaande dat het BNP inderdaad groeit met 128,1 miljard gulden in de periode 1991-1995, stijgen de absolute uitgaven voor zorg in deze periode met ongeveer 20%, bijna 10 miljard gulden. Dit betekent een gemiddelde jaarlijkse groei van ongeveer 4%, iets meer dan de gemiddelde jaarlijkse groei van de totale zorgsector (3,7%) over de periode 1986-1990 [FOZ 1993: 13]. De overheid verwacht – ondanks een toenemende druk op de zorg door bijvoorbeeld de vergrijzing van de Nederlandse bevolking – de jaarlijkse groei voor de komende vier jaar niet groter te laten zijn dan in de jaren 1986-1990. Hierbij wordt er natuurlijk wel van uitgegaan dat het voorgestelde beleid voor deze periode wordt uitgevoerd en daarnaast ook de gestelde doelen zal halen.

Tabel 1.5 *Uitgaven zorgsector als % van het BNP (1985, 1990-1992, 1994, 1995)*

	1985	1990	1991	1992	1994	1995
Uitgaven zorgsector (x miljard gulden)	40.4	48.4	51.4	52.6	58.1	61.3
BNP (x miljard gulden)	418.9	509.0	536.6	560.8	630.9	663.7
Uitgaven zorgsector als % van het BNP	9,7	9,5	9,6	9,4	9,2	9,2

Bron: FOZ 1992:12. Verschillen met betrekking tot de uitgaven van de zorgsector als percentage van het BNP tussen de tabellen 1.4 (8,1%) en 1.5 (9,6%) worden waarschijnlijk veroorzaakt door de verschillende bronnen en daaraan gekoppelde berekeningen.

Tabel 1.6 geeft een overzicht van de ontwikkelingen van de uitgaven voor de subsectoren binnen de zorgsector voor de periode 1986-1990.

Tabel 1.6 *Uitgaven van de zorgsector (1986, 1988, 1990 in miljoenen guldens, en gemiddelde jaarlijkse groei in % 1986-1990)*

		1986	1988	1990	Gemiddelde jaarlijkse groei in % (1986-1990)
		in mln guldens			
1.a	Ziekenhuiszorg	11.709	11.960	12.887	2,4
1.b	Specialistische hulp	2.200	2.287	2.465	2,9
1.c	Ziekenvervoer	373	394	443	4,4
2	Geestelijke Gezondheidszorg	2.824	2.991	3.253	3,6
3	Voorzieningen voor gehandicapten	3.439	3.647	3.976	3,7
4	Voorzieningen voor ouderen	8.072	8.288	8.914	2,5
5	Extramurale voorzieningen	7.210	7.795	8.565	4,4
6	Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	3.360	3.899	4.592	8,1
7	Collectieve preventieve zorg	586	618	680	3,7
8	Beheer en diversen	2.133	2.215	2.616	5,3
Totalen		41.906	44.058	48.392	3,7

Bron: FOZ 1992:13.

De gemiddelde jaarlijkse groei voor de zorgsector is 3,7%. Opvallend is hier vooral de relatief sterke groei van de categorie farmaceutische hulp en hulpmiddelen – met een gemiddelde jaarlijkse groei van 8,1% verreweg de sterkst groeiende uitgavenpost binnen de zorgsector.

In het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) 1990 gaat men ervan uit dat – uitgaande van de periode 1983-1988 – conform de jaarlijkse ontwikkelingen vanaf 1983 ten aanzien van de materiële kosten geneesmiddelen respectievelijk de extramurale omzetontwikkeling van de farmaceutische industrie er sprake is van een autonome groei van 9% per jaar. Deze groei werd in het verleden bepaald door een beperkte ontwikkeling van het fysieke volume van 0-1%, een prijsontwikkeling van 2-3%, en voor het belangrijkste deel door het effect van de introductie van nieuwe geneesmiddelen, die tot een verschuiving in het gebruik naar duurdere middelen leidde van 6-7%. Deze groeicomponenten zijn van wezenlijk belang als blijkt dat de gesignaleerde verschuiving, zoals de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) meent, het resultaat is van commerciële inspanning gericht op de verhoging van het prijsgebouw los van de gewone prijsontwikkeling [FOZ 1990:123]. Dit betekent dat meer geld naar het private niveau toevloeit, bij een grotendeels gelijkblijvend volume (en gelijkblijvende

kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening), hetgeen op publieksniveau met een stijging van uitgaven gecompenseerd moet worden.

Volgens het FOZ 1992, vormde de jaarlijkse groei van de uitgaven voor farmaceutische hulp in 1990 een nieuw hoogtepunt van 11,2%, in relatie tot 1989 [FOZ 1992:167]. Deze groei-trend in de uitgaven voor farmaceutische hulp en hulpmiddelen is veel omvangrijker dan die welke in het beleid van het ministerie van WVC wordt beoogd. Het ministerie van WVC probeert de volumegroei meer te beheersen en richt zich op een kostenbeheersing en een maximale toekomstige groei van 5% op jaarbasis. Voor de Nederlandse overheid staat de beheersing van (een verdere groei) van de uitgaven voor de zorg in de periode 1990-1994 dus centraal. Zo wordt voor deze periode naast een reële volumegroei van 1742 miljoen gulden nog 957 miljoen gulden voor onder meer verbetering van de arbeidsmarktpositie, de verlichting van de werkdruk en nieuw beleid begroot voor de zorgsector, hetgeen het totaal aan (volume)intensiveringen op 2681 miljoen gulden brengt voor de periode 1990-1994 [FOZ 1992:16-17].

Kerngegevens geneesmiddelensector

De bijdrage van de zorgsector aan de werkgelegenheid in Nederland is, zoals al gezegd is, relatief groot: 11,2%. Daarmee in vergelijking is de werkgelegenheid in de farmaceutische industrie — dus op het niveau van de producenten — relatief bescheiden van omvang, zoals blijkt uit tabel 1.7.

Tabel 1.7 *Werkgelegenheid in de farmaceutische industrie, 1980, 1986-1991*

Jaar	Aantal banen (volledig)
1980	11.495
1986	12.300
1987	12.800
1988	12.900
1989	12.900
1990	13.133
1991	13.040

Bron: Farma Feiten 1993:6, CBS Voorburg.

Eerder is al gesproken (zie tabel 1.1) over de goede export-prestaties van verschillende kleinere Europese landen, waaronder Nederland, waar het gaat om de produktie van geneesmiddelen. Een situatie met positieve handelsbalans bestaat voor Nederland al jaren, zoals te zien is in tabel 1.8.

Tabel 1.8 Invoer, uitvoer en de handelsbalans van farmaceutische produkten, 1980, 1986-1991, Nederland (in miljoenen guldens)

Jaar	Uitvoer	Invoer	Uitvoeroverschot
1980	1230	1131	99
1985	2013	1916	97
1986	2027	2007	20
1987	2125	2035	90
1988	2375	2191	184
1989	2530	2403	127
1990	2752	2633	119
1991	3066	2871	195

Bron: Farma Feiten 1993:10, CBS Heerlen.

Tabel 1.9 Totale geneesmiddelenomzet (af-fabrieksprijzen), 1988-1991 (in miljoenen guldens)

Omzet per hoofdgroep	1988	1989	Mutatie % + of - 1989 t.o.v. 1988		1990	1991	Mutatie % + of - 1991 t.o.v. 1990	
A Spijverteringskanaal	378	441	+	16	518	559	+	7,7
B Bloed en bloedbereiding	60	93	+	59	118	125	+	5,9
C Hart en bloedsomloop	428	453	+	6	485	512	+	6,2
D Huidpreparaten	98	114	+	14	129	134	+	3,9
E Urogenitaal (incl. geslachtshormoon)	114	154	+	8	164	171	+	4,3
H Syst. hormoon (excl. geslachtshormoon)	21	25	+	14	27	37	+	37
J Syst. anti-infect.	183	204	+	11	213	227	+	6,6
L Cytostatica	44	61	+	28	71	78	+	9,9
M Spier en skelet	123	128	+	4	136	137	+	0,7
N Centraal zenuwstelsel	242	261	+	8	284	321	+	13
P Parasitologie	2	2	+	8	4	5	+	25
R Ademhalingsorganen	240	275	+	15	309	337	+	9,1
S Zintuigen	37	42	+	13	47	51	+	8,5
V Overige preparaten	43	48	+	12	53	62	+	14,8
Totaal	2045	2300	+	12	2560	2759	+	7,8

Bron: Nefarma, Jaarverslag 1989:18 en Jaarverslag 1991:10, IMS Den Haag. De groepsindeling is gebaseerd op de classificatie European Pharmaceutical Marketing Research Association (Ephrma). Er kunnen verschillen zijn in de optellingen door afrondingseffecten.

De omzetontwikkeling van geneesmiddelen in Nederland is op verschillende manieren aan te duiden. Allereerst is het van belang om te realiseren dat er, zoals

al gezegd is naar aanleiding van tabel 1.1, de producentenmarkt voor geneesmiddelen beter (internationaal) te typeren is als een verzameling van deelmarkten van bepaalde hoofdgroepen van produkten, waarop een aantal producenten actief zijn. In tabel 1.9 worden deze hoofdgroepen ter illustratie genoemd, waarbij ook te zien is dat deze deelmarkten per jaar een verschillende ontwikkeling kunnen hebben.

Als uit tabel 1.9 de mutatie-percentages van 1989 ten opzichte van 1988 en die van 1991 ten opzichte van 1990 vergeleken worden, dan vallen direct grote verschillen per hoofdgroep van geneesmiddelen op. Deze verschillen hebben vooral te maken met hoeveel nieuwe middelen er op de markt komen, en om welke prijzen en volumes het daarbij gaat. Dat deze percentages per jaar behoorlijk uiteen kunnen lopen blijkt bijvoorbeeld in de categorie bloed en bloedbereidende organen waar de mutatie 1989-1988 in vergelijking met 1991-1990 maar liefst tien keer zo hoog is, terwijl bijvoorbeeld de mutatie van 1988 ten opzichte 1987 (niet aangegeven in de tabel) + 25% bedroeg [Nefarma Jaarverslag 1988:22].

Naast deze verdeling in de omzetontwikkeling in hoofdgroepen, kan de omzetontwikkeling ook bekeken worden voor de totale markt en meer specifiek naar de vorm waarin (in principe) dezelfde geneesmiddelen – zij het via een andere weg en met een ander prijskaartje – de consument bereiken. In tabel 1.10 is de omzetontwikkeling voor de totale markt, de markt voor generieke middelen en die voor de markt van parallel-geïmporteerde middelen geïndexeerd weergegeven.

Tabel 1.10 Omzetontwikkeling, totale markt, generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen (geïndexeerd), 1987-1991

Jaar	Markt	Groei	Generiek	Groei %	Paralleel	Groei %
1987	100		100		100	
1988	105	5,3	153	53,0	155	55,2
1989	119	12,6	165	7,7	193	24,4
1990	132	11,0	180	9,5	209	8,3
1991	142	7,8	224	23,9	285	36,2

Bron: Nefarma, Jaarverslag 1991:11, CBS, Voorburg.

Opvallend zijn in deze tabel de sterke stijgingen van substituties (generieke – en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen in de jaren 1988 en 1991). In 1988 werden deze stijgingen vooral veroorzaakt door een nieuwe tariefstructuur voor apothekers, die voortaan een extra vergoeding ontvingen voor de aflevering van goedkopere alternatieven, een stimulans-premie die in 1988 een derde van het prijsverschil tussen het alternatief en het oorspronkelijke referentie-merkgeneesmiddel bedroeg [Nefarma Jaarverslag 1988:6-7]. In 1988 steeg de markt voor generieke geneesmiddelen dan ook naar 250 miljoen gulden, 100 miljoen gulden meer dan in 1987. Een groei in marktaandeel gemeten van 7,5 naar 12% [Nefarma Jaar-

verslag 1988:11]. De stijging van de substituten in 1991 kan worden toegeschreven aan onder andere het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem dat ook het substitueren met goedkopere alternatieven beoogt aan te moedigen.

Op de eerste pagina's van deze paragraaf is gesproken over een spanning tussen het private belang van ondernemingen i.c. het realiseren van goede bedrijfsresultaten en het publieke belang van bijvoorbeeld een beheersing van de kosten van de zorg, zoals dat onder andere door de overheid wordt nagestreefd. Het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem is een voorbeeld van een recent ingevoerd beleidsinstrument dat zich in deze spanning begeeft. In dit onderzoek komt het GVS aan de orde in het kader van 'de casus van de ontwikkelingen (in de strategie) van belangengroeperingen van producenten en importeurs van geneesmiddelen in Nederland in de periode 1986-1993', die gebruikt zal worden bij de analyse van de strategie i.c. de invloed van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector in hoofdstuk 4.

2.1 PORTER'S ANALYTISCHE UITGANGSPUNTEN VERGELIJKEND BEKEKEN

In het boek *Competitive Strategy* van Porter [1980] wordt een uitgebreid raamwerk aangereikt van analytische technieken om bedrijven te helpen bij het analyseren van de *industries* waarin zij opereren en het voorspellen van toekomstige ontwikkelingen van deze *industries*, gericht op het begrijpen van de eigen positie en die van concurrenten en het omzetten van deze analyse in een zogenaamde concurrentiestrategie voor een specifiek bedrijf.

Het begrip concurrentiestrategie is zonder twijfel het centrale begrip van Porter's analysekader. Hij stelt daarbij dat elk bedrijf binnen een *industry* expliciet danwel impliciet een concurrentiestrategie hanteert. Deze strategie kan expliciet ontwikkeld zijn in het kader van een planningsproces of tot stand gekomen zijn door de activiteiten van verschillende afdelingen binnen een bedrijf. Omdat het op deze laatste wijze tot stand komen van een concurrentiestrategie betekent dat elke afdeling eigen doelen kan nastreven – die mogelijk op het niveau van het bedrijf als geheel ook conflicterend kunnen zijn – stelt Porter [1980:xiii] dat het expliciet formuleren van concurrentiestrategie verre daarboven te verkiezen is. Voor wat betreft een definitie van concurrentiestrategie gaat Porter uit van wat hij zelf de klassieke benadering met betrekking tot het formuleren van strategie noemt en geeft hij een standaarddefinitie: *'developing a competitive strategy is developing a broad formula for how a business is going to compete, what its goals should be, and what policies will be needed to carry out these goals'* [Porter 1980:xvi]. Dit betekent dat concurrentiestrategie beschouwd kan worden als een combinatie van doelen (*ends*) waarnaar een bedrijf streeft en de middelen (*means*) die gebruikt worden om een bepaald doel te bereiken.

De essentie van het formuleren van een concurrentiestrategie bestaat uit het relateren van een bedrijf aan zijn omgeving, aldus Porter [1980:3], waarbij het belangrijkste onderdeel van de omgeving van een bedrijf de *industry* is waarbinnen een bedrijf concurreert.

Teneinde de door Porter gehanteerde definitie, die als basis van zijn analysekader fungeert, verder toe te lichten en tegelijkertijd andere, in het kader van deze

studie, mogelijke relevante literatuur te bekijken volgen nu een aantal paragrafen waarin Porter's ideeën met betrekking tot (concurrentie)strategie in verband gebracht worden met literatuur uit verschillende, aanverwante velden. Porter's ideeën vormen het uitgangspunt van deze analyse, zoals in hoofdstuk 1 al betoogd is. De volgende paragrafen hebben daarbij ook tot doel om Porter's uitgangspunten beter te kunnen plaatsen binnen een geheel van theorieën en waar nodig aan te vullen of verder uit te werken ten behoeve van een analysekader dat gebruikt wordt in deze studie.

Ten eerste zal daarbij gekeken worden naar het veld van het strategisch management en de organisatie-theorie, waarbij vooral gelet wordt op het definiëren van het begrip strategie. Ten tweede komt de relatie tussen Porter's ideeën en omgevingsliteratuur aan de orde. Ten derde wordt ingegaan op het veld van de structurele analyse, met onder andere aandacht voor *resource dependence* theorieën en netwerkanalyse. Ten vierde wordt gekeken naar de relatie tussen Porter's ideeën en beleidstheorieën. Ten vijfde volgt een uiteenzetting over de begrippen doelen en middelen, die voor Porter's analytisch kader van groot belang zijn en wordt er ingegaan op een situatie waarin meerdere actoren een rol spelen, hetgeen in het kader van de probleemstelling van deze studie uiterst belangrijk is. Tot slot worden de conclusies uit deze paragrafen samengevat ten behoeve van het analytisch kader van deze studie.

2.1.1 Strategie en strategisch management: het definiëren van strategie

Aansluitend bij Johnson en Scholes [1988:10] wordt hier uitgegaan van het idee dat strategisch management handelt over een drieluik: *analysis, choice and implementation*. Strategisch management houdt zich dus bezig met analyse, het beslissen over strategie en planning en het effectueren daarvan. Een ander bekend drieluik is: *'strategy process'; 'strategy content'; 'strategy context'*. (zie Pettigrew [1988], Mintzberg [1990], De Wit en Meyer [1994]). De tekst is hier verder beperkt tot een omschrijving van het begrip strategie voor gebruik in deze studie. Voor een uitgebreide, ook historische benadering van de ontwikkeling van het strategie- en omgevingsbegrip binnen de bedrijfskundige context wordt verwezen naar Van den Bosch [1993:47-66].

Voor het begrip strategie kan een definitie gegeven worden zoals bijvoorbeeld die van Quinn et al.: *'strategy is the pattern or plan that integrates an organization's major goals, policies and action sequences into a cohesive whole'* [Quinn, Mintzberg en James 1988:3]. Een ander soort definitie is die van B.G. James die ervan uitgaat dat strategieën een verzameling van middelen zijn voor conflicthantering: *'strategy is the organized deployment of resources to achieve specific objectives against competition from rival organizations'* [James 1985:11]. Als laatste volgt hier dan nog de definitie van strategische beslissingen van Johnson en Scholes, die stellen dat strategie en strategische beslissingen geassocieerd worden met: *'the scope of an organization's activities (-), the matching of an organization's activities to the environment, (and) (-) to its resource capability, (-) strategic decisions (-) have major resource implications, (and) (-) are (-) likely to affect operational decisions, strategy (-) will be affected (-) by the values*

and expectations of those who have power in the organization, strategic decisions (-) affect the long term direction of an organization, (and) (-) are often complex in nature' [Johnson en Scholes 1988:5-8].

Wat deze definities van strategie gemeen hebben is dat zij op een of andere manier naar doelen (*goals, objectives, activities*) en middelen (*policies, resources*) verwijzen. Daarnaast komen in de definities telkens begrippen voor die verwijzen naar de organisatie van strategie als zijnde inherent aan het begrip strategie zelf. Hierbij vallen termen als *action sequences, matching, cohesive whole* en *organized deployment* vooral op. Ook Porter hanteert een dergelijk begrip – dat te maken heeft met planning, integratie e.d. – in zijn definitie wanneer hij het heeft over: *'developing a broad formula for how a business is going to compete'* [Porter 1980:xvi]. De definitie van Johnson en Scholes lijkt op het eerste gezicht nogal afwijkend van de andere twee definities die hierboven gegeven zijn. Dit is slechts gedeeltelijk waar. Johnson en Scholes incorporeren in hun definitie namelijk het begrip effect van (het tot stand brengen van) strategie. Als men alles wat refereert aan de notie van effect uit hun definitie verwijdt, dan lijkt deze al veel meer op de andere twee definities.

Toch blijven er ook dan nog verschillen tussen deze definities van strategie bestaan. De oorzaak daarvan is terug te voeren op de definitie van het concept organisatie – en op basis daarvan het begrip van de relatie van de organisatie met andere organisaties of meer algemeen gesteld de omgeving. Zonder hier verder al te uitgebreid op in te gaan kan dit geïllustreerd worden met een drietal belangrijke (systeem) perspectieven of definities van organisaties van de hand van Scott [1987:20]. Deze definities zijn in die zin belangrijk dat zij een drietal hoofdstromingen in de literatuur weergeven en dus een breed gezichtsveld bestrijken.

De eerste definitie die Scott noemt is de *rational system definition*: *'Organizations are collectives oriented to the pursuit of relatively specific goals and exhibiting relatively highly formalized social structures'* [Scott 1987:22]. Elementen uit deze definitie tonen sterke overeenkomsten met elementen uit bijvoorbeeld de definities van Quinn en B. G. James, hetgeen duidelijk wordt wanneer men begrippen uit de genoemde definities waarin naar hetzelfde verwezen wordt op een rijtje zet: *relatively specific goals, major goals en specific objectives*.

De tweede definitie die Scott noemt is de *natural system definition*: *'Organizations are collectives whose participants share a common interest in the survival of the system and who engage in collective activities, informally structured, to secure this end'* [Scott 1987:23]. Elementen van overeenkomst tussen deze en andere genoemde definities zijn bijvoorbeeld te vinden bij Johnson en Scholes: *the values and expectations of those who have power*, wat ook een verwijzing is naar participanten in de organisatie (en hun gedrag). Daarnaast kent een benadering van strategie op basis van de notie van conflict(hantering), zoals in de definitie van B.G. James, ook sterke overeenkomsten met een *natural system benadering*. Beide definities stellen het overleven van de organisatie centraal.

De derde definitie van de hand van Scott is de *open system definition*: *'Organizations are coalitions of shifting interest groups that develop goals by negotiation; the structure of the coalition, its activities, and its outcomes are strongly influenced by*

environmental factors' [Scott 1987:23]. Elementen van overeenkomst tussen deze definitie en andere genoemde zijn bijvoorbeeld te vinden bij Johnson en Scholes: *the matching of an organization's activities to its environment*, en bij Quinn waar hij het heeft over (de integratie tot een) *cohesive whole*, hetgeen in een dimensie geplaatst kan worden met de term onderhandeling zoals die door Scott aangegeven wordt.

Al eerder is opgemerkt dat de onderscheidingen die Scott maakt tussen zijn drie definities hoofdlijnen in de literatuur vertegenwoordigen. Geen van de hierboven genoemde definities is ook een zuiver voorbeeld te noemen van één van de door Scott genoemde definities. De definities van het concept organisatie van Scott zijn eigenlijk ideaaltypen, waarvan elementen in diverse combinaties in de hierboven genoemde definities van strategie terug zijn te vinden.

Nogmaals terugkerend naar de definitie die Porter geeft van concurrentiestrategie blijkt dat ook Porter elementen uit alle drie de door Scott genoemde stromingen 'leent', hetgeen vrij goed te illustreren valt met een paar voorbeelden.

De belangrijkste overeenkomst tussen Porter's idee van concurrentiestrategie en de *rational system definition* is te vinden in het begrip van doelgerichtheid, respectievelijk uitgedrukt als: *'competitive strategy is a combination of the ends (-) for which the firm is striving and the means (-) by which it is seeking to get there'* [Porter 1980:xvi], en *'Organizations are collectivities oriented to the pursuit of relatively specific goals'* [Scott 1987:22], de *rational system definition* van Scott.

Met betrekking tot overeenkomsten tussen Porter's definitie van concurrentiestrategie en de *natural system definition* valt met name de idee van een gezamenlijk belang – bij Porter uitgedrukt in één (gezamenlijke) concurrentiestrategie – voor de organisatie op, hetgeen bijvoorbeeld uitgedrukt wordt als: *'there are significant benefits to gain through an explicit process of formulating strategy, to insure that at least the policies (-) of functional departments are coordinated and directed at some common set of goals'* [Porter 1980:xiii], gericht op onder andere een goede concurrentiepositie op termijn en daarmee ook op het voortbestaan (overleven) van het bedrijf, en *'Organizations are collectivities whose participants share a common interest in the survival of the system'* [Scott 1987:23].

De belangrijkste overeenkomst tussen Porter's begrip van concurrentiestrategie en de *open system definition* ligt in de notie van het belang van de omgeving voor de organisatie, respectievelijk terug te vinden in termen als: *'The essence of formulating competitive strategy is relating a company to its environment'* [Porter 1980:3] en *'its (van de organisatie: hs) activities, and its outcomes are strongly influenced by environmental factors'* [Scott 1987:23].

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat Porter's benadering theoretisch relatief breed genoemd kan worden, immers uit verschillende theoretische stromingen – zowel vanuit ideeën uit het veld van strategisch management alsook vanuit organisatie Theorieën – zijn duidelijke overeenkomsten met Porter's uitgangspunten te traceren.

Ook kan op dit punt in de tekst worden gesteld dat een viertal elementen met betrekking tot strategie of strategisch gedrag – zij het in meer of mindere mate bij de diverse besproken auteurs – steeds terug te vinden zijn: *doelen, middelen, de*

notie van een samenhangend geheel c.q. een *plan* en het idee van een *omgeving*, waarin actoren relaties hebben of met andere woorden interacteren.

Dat hiermee belangrijke elementen geïdentificeerd zijn, blijkt ook uit een vergelijking met een recente andere studie naar strategisch gedrag van Verkaar [1991], met betrekking tot het strategisch gedrag van patiëntenorganisaties. Verkaar komt hierin op grond van grotendeels andere literatuur tot een vergelijkbare conclusie: '*Strategisch gedrag is een patroon (plan:hs) van feitelijke beslissingen en handelingen met betrekking tot de doelstellingen (doelen:hs), activiteiten (met bijbehorende middelen:hs) en interacties van een organisatie (in een omgeving: hs)*' Verkaar [1991:13-14]. Wat in deze definitie daarnaast overigens ook opvalt is dat Verkaar spreekt over feitelijke beslissingen en handelingen. De idee hierachter komt voort uit onderscheiding tussen *intended strategy* en *realized strategy* die door Mintzberg [1988:14 e.v.] gemaakt is, als één van de belangrijke invalshoeken bij de omschrijving van hetgeen onder strategie wordt verstaan. Strategie kan dus zowel een plan voor actie inhouden als feitelijk gedrag, de actie zelf.

2.1.2 Strategie en de analyse van de omgeving

Het model en begrippenkader dat door Porter gebruikt wordt voor de analyse van industriestructuur en concurrentiestrategie is niet het enige model dat voor het onderzoek naar organisatie-omgeving relaties gebruikt kan worden en zeker niet de enige theorie die de omgeving van organisaties behandelt, zoals ook al duidelijk geworden is in de vorige paragraaf. In deze paragraaf zullen de verschillende theoretische stromingen in de omgevingsanalyse aan de orde komen, ten einde Porter's theoretische uitgangspunten daarbinnen te plaatsen en zonodig aan te vullen.

Een voorbeeld van een overzichtelijke indeling is te vinden in het werk van Fahey en Narayanan [1986:10], die een selectie van theorieën gemaakt hebben op basis van wat zij een primaire focus noemen. Bij deze indeling wordt opgemerkt dat bijna alle onderzochte theorieën die zich bezighouden met organisatie-omgeving relaties een bepaalde conceptie van omgevingen hebben, die onderling sterk kan verschillen. Fahey en Narayanan [1986:11] noemen daarbij twee belangrijke verschillen. Ten eerste verschillen de theorieën ten aanzien van het niveau van analyse en ten tweede ten aanzien van de dimensies die er in de omgeving onderzocht worden.

Met betrekking tot theoretische niveaus van analyse hanteren Fahey en Narayanan voor de indeling van omgevingstheorieën een driedeling tussen: het interorganisationale (ecologische) niveau, met een sterke focus op relaties en patronen in plaats van organisaties; het niveau van de populatie van organisaties, met een sterke focus op aggregaten van organisaties, bijvoorbeeld in een industrietak; en, het niveau van de organisatie-set, waarbij gekeken wordt naar de participatie van een gegeven organisatie in haar omgeving. Later – bij de opzet van het eigen conceptuele kader van analyse – hanteren zij echter een duidelijker indeling, die begripsmatig beter bij het analysekader van Porter aansluit en die

bijvoorbeeld ook weer overeenkomsten heeft met een indeling van niveaus van strategieën binnen het bedrijf van Johnson en Scholes [1988]. De indeling van analyseniveaus die in dit stuk verder gehanteerd wordt is deze tweede indeling van Fahey en Narayanan [1986:25-26], die er als volgt uitziet:

- 1) De *taakomgeving* (*task environment*), verwijst onder andere naar de verzameling van afnemers, leveranciers en concurrenten die direct gerelateerd zijn aan een bepaalde organisatie, waarbij met name de dagelijkse gang van zaken centraal staat. De taakomgeving is min of meer specifiek voor een bepaald bedrijf en wordt niet noodzakelijkerwijs (in dezelfde samenstelling) met concurrenten gedeeld. Johnson en Scholes, die vanuit het bedrijf redeneren onderkennen hier twee strategische niveaus: de *corporate level strategy* en de *level of operational strategies*, die respectievelijk refereren aan: 'what types of business the company, as a whole, should be in and is therefore concerned with decisions of scope (-). Corporate strategy is therefore also likely to involve questions about the financial and organizational structure' en 'how the different functions of the enterprise – marketing, finance, manufacturing and so on – contribute to other levels of strategy' [Johnson en Scholes 1988:9].
- 2) De *concurrentie-omgeving* (*competitive or industry environment*) refereert aan de gezamenlijkheden tussen een bedrijf en zijn concurrenten binnen dezelfde *industry*, waarbij omgevingsfactoren alle concurrenten binnen dezelfde *industry* beïnvloeden. Johnson en Scholes noemen dit het niveau van de concurrentie- of bedrijfsstrategie, met als centrale vraag: 'how to compete in a particular market' [Johnson en Scholes 1988:9].
- 3) De *macro-omgeving* (*general of macro environment*) wordt ook wel het politiek-economische niveau genoemd, van waaruit alle *industries* beïnvloed worden. Johnson en Scholes onderscheiden, gezien het feit dat zij vanuit de organisatie redeneren en een specifieke organisatie nagenoeg ook geen invloed heeft op de macro-omgeving – tenzij het misschien om een heel groot bedrijf gaat -, hier geen strategisch niveau (voor het bedrijf).

Ten aanzien van dimensies in de omgeving is het opstellen van lange lijsten mogelijk. Eenvoudiger is de tweedeling die Fahey en Narayanan [1986:11] overnemen van Aldrich en Mindlin [1978], waarbij omgevingen enerzijds gezien kunnen worden als bronnen van informatie – met een primaire focus op de mate van onzekerheid in de omgeving van organisaties – en anderzijds een benadering waarbij de omgeving als een reservoir van hulpbronnen (*resources*) gezien wordt – met een focus op de mate van afhankelijkheid van de organisatie in relatie met anderen ten aanzien van (belangrijke) hulpbronnen.

1) Theorieën over omgevingen en hun evolutie

De eerste groep onderscheiden theorieën worden door Fahey en Narayanan [1987:12] gebundeld onder de benaming: *theorieën over omgevingen en hun evolutie*. Een eerste voorbeeld in deze categorie vormt het werk van Emery en Trist [1965]. Deze auteurs identificeerden in een casestudie naar de *food canning industry* in het Verenigd Koninkrijk vier typen van omgevingen. Deze ideaal-typen van omge-

vingen werden door hen *causal textures* genoemd; benaderingen waarvan aangenomen kan worden dat ze in de (werkelijke) omgeving van de meeste organisaties bestaan. Aangezien alle omgevingen de tendens tot turbulentie hebben, resulteert de evolutie van de omgeving in een verhoogde onzekerheid en een toenemende complexiteit. De analyse van Emery en Trist concentreert zich op het niveau van de macro-omgeving, waarin beide dimensies: informatie en hulpbronnen een rol spelen.

Een tweede voorbeeld in deze categorie vormt het werk van Ansoff [1981], die zich vooral met de ontwikkeling van turbulentie in omgevingen heeft bezig gehouden, waarbij hij een onderscheiding maakt tussen vijf niveaus van omgevingsturbulentie of complexiteit, verankerd in zeven factoren die door hem karakteristieken van verandering genoemd worden. Ansoff's analysekader beweegt zich vooral op het niveau van *industries* – dat wil zeggen op het niveau van concurrentie-omgeving, en de focus ligt op de dimensie van informatie.

Een derde en laatste voorbeeld in deze categorie is een groep auteurs die Fahey en Narayanan [1986:16] samennemen onder de term *International Business Scholars*. Voorbeelden hiervan zijn te vinden bij: Vernon en Wells [1981], die zich bezighouden met economisch-technologische aspecten van de internationale omgeving; Terpstra en David [1985], die op een vrij abstract niveau de inter-organisatiele- en globale omgeving bestuderen; en Kolde [1985], die karakterisering gemaakt heeft van omgevingen op nationaal- en supranationaal niveau. Ondanks de inhoudelijke verschillen tussen hen, hebben deze auteurs gemeen dat ze zich vooral bezighouden met analyse op het hoogste (macro-omgevings)niveau, waarbij vooral de onderscheiding tussen nationaal en globaal niveau belangrijk is en dat geconstateerd wordt dat omgevingen zich turbulent ontwikkelen. Fahey en Narayanan [1986:16-17] doen geen directe uitspraak over de omgevingsdimensie die gehanteerd wordt door deze groep auteurs. In principe zijn beide dimensies op hen van toepassing, zij het dat de nadruk komt te liggen op de dimensie van de omgeving als bron van informatie. Dit komt doordat er door *International Business Scholars* van uitgegaan wordt dat de omgeving op zichzelf, los van de locatie van specifieke organisaties en dus ook hun relatie met hulpbronnen bestudeerd kan worden. Scott [1981] noemt de mate van beschikbaarheid en concentratie van hulpbronnen als elementen van de afhankelijkheid van hulpbronnen. Hetgeen gerelateerd is aan de dimensie in de omgeving waarbij deze als een reservoir van hulpbronnen gezien wordt. Hulpbronnen zijn daarbij echter sterk gerelateerd aan bepaalde behoeften van (specifieke) organisaties en kunnen daar eigenlijk niet los van gezien worden. Daarentegen kan het element stabiliteit – gerelateerd aan bijvoorbeeld groeicijfers op de *industry* of veranderingen in reguleringen – wel alleen op het niveau van de omgeving bekeken worden. De mate van stabiliteit is daarbij sterk verbonden met de mate van (on)zekerheid, hetgeen past binnen, zoals al eerder opgemerkt is, een beeld van de omgeving als bron van informatie.

2) Theorieën over organisatie-omgeving relaties

De tweede groep auteurs die door Fahey en Narayanan [1986:17] onderscheiden worden delen zij in bij: *theorieën over organisatie-omgeving relaties*.

De eerste groep auteurs daarin worden samengenomen onder de term *natural selection models*. Een belangrijk voorbeeld daarbinnen is het model van Hannan en Freeman [1977], later uitgewerkt door Aldrich [1979], dat gebaseerd is op een biologisch model van natuurlijke selectie. Het model verklaart organisationele verandering aan de hand van de aard en verdeling van middelen in de omgeving van organisaties. De selectie heeft plaats door de relatieve superioriteit van organisaties in het proces van het verkrijgen van informatie en/of middelen, zodat beide hierboven geschetste dimensies een rol spelen. Het niveau van analyse is noodzakelijkerwijs het concurrentie niveau, omdat men refereert aan organisationele vormen (specifieke configuraties van strategische en structurele attributen) als de elementen die geselecteerd worden aan de hand van criteria uit de omgeving.

De tweede groep van theorieën in dit kader worden door Fahey en Narayanan [1986:18] samengenomen onder de term *resource-dependence* modellen. Binnen deze theoretisch richting ligt de nadruk op de afhankelijkheid van organisaties van hulpbronnen, waarbij de mogelijkheid om hulpbronnen te verkrijgen en te behouden centraal staat. Een voorbeeld hiervan is te vinden in het werk van Pfeffer en Salancik [1978], waarin leveranciers, klanten, concurrenten en regelgevers gezien worden als vitale in- en uitstroommiddelen van de organisatie. Vooral de onderscheiding die Pfeffer en Salancik maken tussen individuele en collectieve actie is interessant in het kader van deze studie. Een organisatie kan namelijk ook samen met anderen besluiten een strategie te hanteren. Dit sluit aan bij een onderscheiding die later nog gemaakt zal worden ten behoeve van de analyse in hoofdstuk 4, waar het gaat om de strategie van de belangengroeperingen in de geneesmiddelensector (zie paragraaf 2.1.5). *Resource-dependence* modellen hebben een primaire focus op het niveau van de taakomgeving – centraal staat de omgeving bekeken vanuit de organisatie – en de omgeving wordt vanzelfsprekend als een reservoir van hulpbronnen gezien.

Een derde groep theorieën over de relaties tussen organisatie en omgeving zijn de zogenaamde industriële organisatie modellen. Binnen deze groep noemen Fahey en Narayanan [1986:19] Porter's [1980] model met betrekking tot concurrentiestrategie het meest bekende industriële organisatie model. Zij delen Porter's model in op het niveau van de concurrentie-omgeving en binnen de dimensie van de omgeving gezien als een reservoir van hulpbronnen.

De vierde en laatste groep auteurs, zoals bijvoorbeeld Lawrence en Dyer [1983], houden zich bezig met het verklaren van aanpassingsprocessen in de organisatie, door Fahey en Narayanan [1986:20] samengevat onder de term *readaptation* modellen. Centraal staat hierbij de relatie tussen omgevingen, organisationele strategieën en vormen en uitkomsten, waarbij als maten voor de uitkomsten innovatie en efficiëntie gebruikt worden. Deze modellen zijn in te delen op het niveau van de taakomgeving – het gaat om processen in (specifieke) organisaties – en zowel de mate van onzekerheid (de informatiedimensie) als de mate van afhankelijkheid (de hulpbronnendimensie) spelen een rol. In het model van Lawrence en Dyer worden namelijk (de mate van) een gebrek aan hulpbronnen en de complexiteit van informatie als de belangrijkste dimensies in de omgeving gezien.

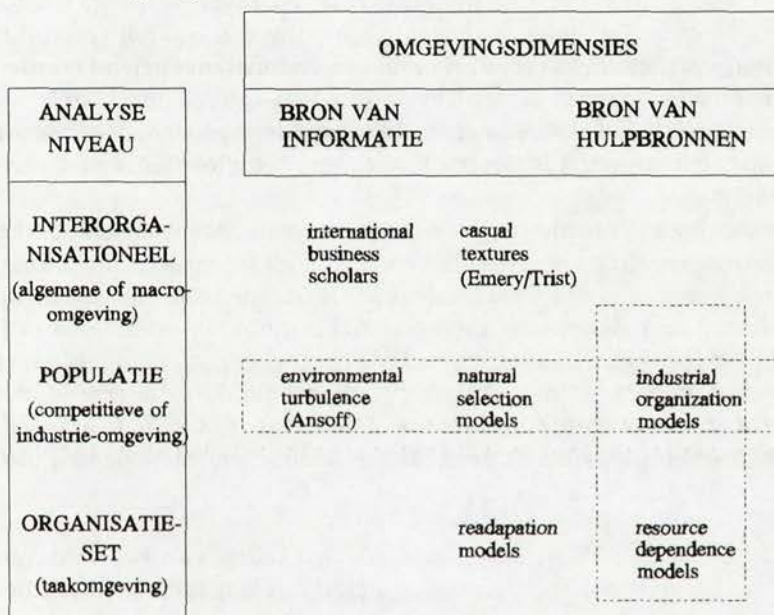
3) Theorieën met betrekking tot het begrijpen van de omgeving

De derde groep auteurs die Fahey en Narayanan [1986:20] onderscheiden richten zich op hoe organisaties hun omgeving zien en begrijpen, waarbij zij verwijzen naar *enactment models* [Weick 1974,1979], *scanning models* [Aguilar 1967] en *systematic models* [Fahey, King en Narayanan 1981].

Deze studie concentreert zich op een niveau boven dat van de taakomgeving van de organisatie, waarmee de hierboven genoemde theorieën zich vrij exclusief bezighouden. Ook is een vergelijking met Porter's analysekader, dat zich op het concurrentie-omgevingsniveau beweegt dan weinig zinvol. Deze theorieën zullen verder dan ook buiten beschouwing gelaten worden.

Als de twee eerste hoofdstromen in de omgevingsliteratuur die hiervoor aan de orde geweest zijn in schema gezet worden – op basis van de twee hierboven genoemde kenmerken, dan ontstaat het volgende plaatje:

Figuur 2.1 Theorieën met betrekking tot de omgeving, haar ontwikkeling en organisatie-omgeving relaties



Op basis van Fahey en Narayanan [1986].

Binnen de dimensies van de twee onderscheiden kenmerken – het niveau van analyse en de omgevingsdimensies – valt het volgende op. Het analysekader van Porter komt ten aanzien van de dimensie van de analyseniveaus overeen met de theorie van Ansoff en de natuurlijke selectie modellen: zij delen het niveau van de concurrentie-omgeving. De theorie van Ansoff [1981] biedt vooral een groter inzicht in de aard van de omgeving – door het onderscheiden van niveaus van

omgevingsturbulentie verankerd in zogenaamde veranderingskarakteristieken. De natuurlijke selectie modellen – zoals bijvoorbeeld het biologisch model van Aldrich [1979] – verklaren verandering aan de hand van de aard en de verdeling van middelen in de omgeving van de organisatie. De notie van middelen is ook opgenomen in het analysekader van Porter, hetgeen verder in paragraaf 2.1.5 uitgewerkt zal worden. Waar het gaat om de dimensies die in de omgeving onderzocht worden, blijkt Porter's analysekader de visie op de omgeving als een reservoir van hulpbronnen te delen met de *resource dependence* modellen. In de volgende paragraaf wordt nog uitgebreid op de *resource dependence* perceptie ingegaan. De betekenis van de visie op de omgeving, waarbij de omgeving als een reservoir van hulpbronnen gezien wordt komt daar ook verder aan de orde.

2.1.3 Strategie en structurele analyse

Tot in het begin van de 70'er jaren houdt de organisatietheorie zich, aldus Mizruchi en Schwartz [1987:3], vooral bezig met de interne processen binnen organisaties en de analyse van interne factoren als oorzaken van organisationeel 'gedrag'. Daarbij gebruikte men de *human relation* theorie, waarbij verbindingen tussen de interne structuur en arbeidsmoraal en productiviteit gelegd worden, of de neo-Weberiaanse analyse, waarin het effect van interne machtsrelaties op organisationeel gedrag bekeken wordt. Bij deze benaderingen wordt aangenomen dat de onveranderlijke organisatiestructuren geen beïnvloeding van buiten de organisatie kennen.

Deze verwaarlozing van de omgevings-context van organisaties beperkt het analytisch vermogen van de organisatietheorie en leidt tot misleidende incorrecte beschrijvingen van het gedrag van bedrijven. In de jaren zestig luidde onder andere het werk van Lawrence en Lorsch [1967] een nieuwe paradigma in [Van den Bosch 1993:57]. In deze literatuur wordt de omgeving gezien als iets dat effect heeft op organisationeel gedrag. De organisatie als zijnde in interactie met de omgeving – in een tweerichtingsverkeer – waarin de structuur van relaties, eerder dan de individuele organisatie, de eenheid van analyse vormt, is daarbij niet het uitgangspunt.

Mizruchi en Schwartz [1987:4] schetsen de ontwikkeling van het veld van de zogenaamde structurele analyse – met als belangrijke elementen de interactie van organisatie en omgeving en de structuren van relaties als analyse-eenheid – vanaf de 70'er jaren.

Een voorbeeld van een analyse uit het begintijdperk van wat de interorganisatiele analyse genoemd wordt is daarbij de studie van Hirsch [1975], waarin de industrie van geluidsdragers (*recording industry*) vergeleken wordt met de farmaceutische industrie in de Verenigde Staten. Uit dit onderzoek blijkt dat hoewel beide industrieën sterk overeenkomen ten aanzien van concentratie en bedrijfsgrootte, de (grote) verschillen in winstgevendheid tussen deze industrieën vooral een gevolg zijn van de tegengestelde manier waarop het management de omgeving wist te beheersen. De sterke band met 'het medische beroep' – de vol-

gende schakel in de 'bedrijfskolom' — zorgde voor het succes in de farmaceutische industrie, terwijl de industrie van geluidsdragers de sterk concurrerende en gemakkelijk toegankelijke radiosector niet kon beheersen.

Omdat de studies van bedrijven zich steeds meer gingen toeleggen op het (tevens) bekijken van de omgeving begonnen ook meer auteurs voorbij het verschijnsel van de individuele organisatie te kijken naar verzamelingen of systemen van organisaties. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in het werk van Burt [1983] — met een focus op industrieën — en Laumann en Pappi [1976] — met als centraal begrip interorganisationale netwerken. De omgeving komt hierbij meer centraal te staan als object van analyse, hetgeen ook veranderingen in theoretisch en methodologisch opzicht betekende en onder andere leidde tot de ontwikkeling van netwerkanalyse.

'Population ecology' en transactiekosten modellen

De nieuwe theoretische en methodologische gezichtspunten ten aanzien van de omgeving van organisaties, die voortkwamen uit de ontwikkeling van het denken over structurele analyse, droegen bij aan de ontwikkeling van twee — zeer bekend geworden — benaderingen: het zogenaamde *population ecology* model en de transactiekosten modellen.

In het *population ecology* model wordt ervan uitgegaan dat organisaties die het beste aangepast zijn aan bepaalde omgevingen zullen overleven, terwijl slecht aangepaste organisaties zullen verdwijnen. Omgevings-*fit* zorgt voor economische efficiëntie en welvaart voor het bedrijf [Aldrich 1979]. Als belangrijkste kritiekpunt op het *population ecology* model brengen Mizruchi en Schwartz [1987:5] naar voren dat dit model de macht die bedrijven hebben in relatie tot hun concurrenten, afnemers, leveranciers en de samenleving in zijn geheel buiten beschouwing laat. Deze macht kan het overleven van een bedrijf bewerkstelligen ondanks een slechte aanpassing aan de omgeving.

Het transactiekosten model van Williamson [1975] heeft met structurele analyse gemeen dat het geconcentreerd is op de relaties binnen en tussen bedrijven — bij Williamson in de vorm van transacties — als de eenheden van analyse. Binnen het transactiekosten model zullen bedrijven bijvoorbeeld verticaal integreren wanneer de kosten van transacties ten aanzien van hun leveranciers en afnemers hoger zijn dan de kosten van administratie en productie binnen het bedrijf zelf.

Het centrale idee dat zowel bij het *population ecology* model als ook bij het transactiekosten model terugkomt, is dat veranderingen in de gedragingen van bedrijven veroorzaakt worden door het nastreven van de meest efficiënte structuur, gemeten in termen van prestaties binnen de *industry*. In de structurele analyse poogt men juist te begrijpen waarom bedrijven zich op een bepaalde wijze gedragen, zonder er tegelijkertijd vanuit te gaan dat dit gedrag ook efficiënt is [Leifer en White 1987:85-86].

Beide genoemde modellen houden zich bezig met omgevingen die gezien worden als de voornaamste determinanten van de activiteit van bedrijven. De belangrijkste beperking die deze modellen kennen komt echter voort uit het feit

dat zij zich slechts met één mechanisme van interactie in de relaties organisaties-omgevingen bezighouden: de *industry*. Deze relaties vormen niet de enige determinanten die de vorm en het gedrag van relaties tussen bedrijven weergeven. Zo heeft Granovetter [1985], in een kritiek op het werk van Williamson, al gesteld dat niet-markt factoren, zoals vertrouwensrelaties tussen afnemers en leveranciers, de transacties tussen bedrijven minder problematisch kunnen laten verlopen dan zelfs de transacties binnen bedrijven.

Structurele analyse: verdere ontwikkelingen

De structurele analyse van bedrijven begint meestal met de analyse van *industries*, maar dit wordt dan gevolgd door het bestuderen van het gehele veld van relaties tussen bedrijven (en tussen bedrijven en andere actoren), inclusief die welke voortkomen uit marktrelaties. De betekenis van *industries* kan echter niet volledig begrepen worden zonder het geheel van relaties waarvan zij deel uitmaken. En, zo stellen Mizruchi en Schwartz [1987:7], voor het bestuderen van het gedrag van bedrijven is begrip nodig van de totale en complete netwerken die daarin bestaan.

De structurele analyse wordt door Mizruchi en Schwartz [1987:7] het produkt genoemd van een drietal ontwikkelingen. Ten eerste de ontwikkeling van een interorganisatieel kader in de organisatieanalyse – waarover hiervoor al gesproken is. Ten tweede de toepassing van netwerkanalyse bij macro-sociologische onderwerpen en, ten derde, een toenemende belangstelling voor organisaties vanuit het veld van de politiek sociologen. Nieuwe generaties van vooral politicologen concentreerde zich op de structuren binnen de gemeenschappen van bedrijven die bepaalde (gemeenschappelijke) actie (door individuen en/of bedrijven) in relatie tot de rest van de samenleving mogelijk maakten. Deze ontwikkeling is ook direct te koppelen aan de opkomst van een belangstelling voor de relaties tussen bedrijven en overheden en de opkomst van het politicologisch massa-onderzoek [Wright Mills 1956, Domhoff 1967 en 1983, Baran en Sweezy 1966].

Hoewel de structurele analyse geenszins één samenhangend veld van onderzoek te noemen is, wordt één fundamenteel principe door iedereen gedeeld: de overtuiging dat sociale processen beter verklaard kunnen worden uit de bestudering van concrete relaties tussen personen en organisaties (actoren), dan met behulp van concepten zoals normen, waarden of aggregaties van antwoorden op interviews, gebaseerd op individuele attributen. Structurele analisten gaan ervan uit dat door het bestuderen van relaties tussen actoren, de inhoud van deze relaties begrepen kan worden [Mizruchi en Schwartz 1987:7].

Op basis van de algemene principes binnen het veld van de structurele analyse zijn er verschillende benaderingen te onderscheiden ten aanzien van – meer specifiek – de structurele analyse van bedrijven. Twee belangrijke perspectieven – de *resource dependence* benadering en de sociale klasse benadering – zullen hierna aan de orde komen.

Resource dependence- en sociale klasse-perspectief

Volgens Pfeffer [1987:25] is het *resource dependence* perspectief ontwikkeld om bij onderzoek de aandacht terug te voeren op de maatschappelijke context van orga-

nisaties om gedrag te verklaren en om een organisatieanalyse mogelijk te maken die ervan uitgaat dat organisaties bestaan en doelen hebben los van een bepaalde achtergrond en van de verschillende mensen die er op een bepaald moment deel van uitmaakten.

De basis van het *resource dependence* perspectief komt neer op een vijftal elementen: 1) De fundamentele eenheden van analyse met betrekking tot het verklaren van relaties tussen bedrijven en de samenleving zijn organisaties; de samenleving bestaat uit organisaties. 2) Deze organisaties zijn niet autonoom, maar maken deel uit van een netwerk van afhankelijkheidsrelaties met andere organisaties. 3) De wederzijdse afhankelijkheid (interdependentie) zal, wanneer deze gekoppeld is aan onzekerheid over wat de handelingen zullen zijn van anderen van wie de organisatie afhankelijk is, leiden tot een situatie waarin overleven en de voortdurend van succesvol handelen onzeker is. 4) Daarom zullen organisaties pogen om de externe interdependenties zoveel mogelijk te beheersen, hoewel deze pogingen nooit geheel succesvol zullen zijn en nieuwe patronen van (wederzijdse) afhankelijkheid tot resultaat zullen hebben. 5) Tenslotte ontstaat door deze afhankelijkheidspatronen zowel inter- als intra-organisationale macht, met weer een bepaalde invloed op organisationeel gedrag [Pfeffer 1987:26-27]. Het sociale klasse-perspectief gaat ook uit van de bestudering van concrete relaties om sociale processen te verklaren. Anders dan bij de *resource dependence* benadering, waarbij een concentratie op organisaties te zien is, gaat men in het sociale klasse-perspectief vooral uit van persoonlijke relaties. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar zogenaamde '*interlocking directorates*', door Soref en Zeitlin [1987], dat indicatoren geeft voor een geconsolideerd proces van intra-klasse integratie, coördinatie en beheersing.

De twee belangrijkste verschillen tussen het *resource dependence* perspectief en het sociale klasse-perspectief zijn het vraagstuk of het organisaties danwel individuen of familiebelangen zijn die op de voorgrond dienen te staan bij het verklaren van organisationeel gedrag. Daarnaast is er de vraag of *resource* interdependenties verschillen in belangen en conflict in een systeem van organisaties veroorzaken, danwel klasse-belangen interorganisationale machtsverschillen verklaren, doordat zij met bepaalde belangen een bepaalde uitwisseling van *resources* sturen [Pfeffer 1987:28-29].

In deze studie staan organisaties (ondernemingen binnen *industries* en belangengroeperingen) als actoren centraal, zodat wat dat betreft de overeenkomsten met het *resource dependence* perspectief veel groter zijn dan met het sociale klasse-perspectief.

Het meten van invloed en netwerkanalyse

Eerder in deze paragraaf is reeds een belangrijke theoretische en methodische verandering genoemd: het ontstaan van de netwerkanalyse. In essentie gaat het hierbij mijns inziens meer om een methode dan om een theorie, die echter los van de benaming duidelijk voortkomt uit de stroming van de structurele analyse. Hier volgt ter afsluiting van deze paragraaf nog een korte uiteenzetting van de achtergronden van de netwerkanalyse.

De netwerkbenadering is vooral ontstaan als gevolg van de behoefte tot het meten van invloed. De belangrijkste klassieke methoden voor het opsporen van invloed zijn de positie-, reputatie- en decisiemethode. Deze drie 'klassieke' methoden, die in de 50'er en 60'er jaren het object geweest zijn van felle discussies tussen voor- en tegenstanders, hebben alle drie een ander uitgangspunt voor de opsporing van invloed [zie Van Schendelen 1981:118-121].

Klassieke methoden voor het meten van invloed

De *positiemethode* richt zich op formele posities. Eliteleden worden opgespoord door te bepalen welke personen bepaalde posities bezetten, waarbij als uitgangspunt het idee dient dat bepaalde formele posities in een gemeenschap verbonden zijn met invloed. Een belangrijk voorbeeld van een studie in dit kader is het onderzoek naar een nationale elite van Wright Mills uit 1956 *The Power Elite*. De belangrijkste kritiekpunten op de positiemethode zijn: 1) Men wordt geconfronteerd met een selectieprobleem. Welke posities kan men kwalificeren als invloedrijk? Hoe? En welke posities hebben meer en welke hebben minder invloed?. 2) De methode gaat voorbij aan de mogelijke invloed van personen zonder formele posities.

Binnen de *reputatiemethode* worden invloedrijke personen opgespoord door informanten (panels van experts of steekproeven uit een gemeenschap) lijsten te laten maken van personen die in hun ogen invloedrijk zijn (op een bepaald terrein). De uiteindelijk lijst van invloedrijke personen bestaat dan uit diegenen met de meeste nominaties. De gedachte hierachter is dat personen die een reputatie hebben om invloedrijk te zijn, dat ook wel zullen zijn. Een belangrijke studie in dit kader is die van Floyd Hunter in Atlanta in 1953 *Community Power Structure*. Kritiekpunten op deze methode zijn onder andere: 1) De wijze van onderzoeken heeft een monolitische invloedsstructuur tot gevolg. Door de vraagstelling resulteert een aggregaat van personen, die in realiteit helemaal niet als één groep hoeft te bestaan. 2) Men gaat ervan uit dat personen zonder reputatie om invloedrijk te zijn, dat niet zullen zijn terwijl er bijvoorbeeld personen 'achter de schermen' kunnen bestaan. 3) Men meet geen invloed of macht, maar potentiële invloed. 4) Tenslotte zijn er nog verschillende meer methodologische bezwaren te noemen, zoals bijvoorbeeld ten aanzien van het zogenaamde *cut-off-point* (de scheiding tussen wel- of niet invloedrijk), een inhoudelijk arbitraire beslissing; ten aanzien van mogelijk onbetrouwbare informanten; en, ten aanzien van een mogelijk verschillende interpretatie van het begrip invloed bij informant en onderzoeker.

De *decisiemethode*, afkomstig uit meer pluralistische ideeën in tegenstelling tot de twee vorige methoden die meer elitistisch te noemen zijn, verschilt van de twee hiervoor genoemde methoden ten aanzien van de waargenomen invloedsstructuur en het daarmee samenhangende uitgangspunt. De pluralisten concentreren zich op het gedrag van individuen in besluitvormingsprocessen, waarbij een actieve deelname gezien wordt als het hebben van invloed. Er wordt niet gesproken over één dominante elite, maar de mogelijkheid bestaat dat per issue verschillende besluitvormers op de voorgrond treden. De meest bekende studie in dit kader is

de zogenaamde New Haven-studie van Dahl uit 1961. De belangrijkste kritiekpunten op de decisiemethode zijn:

- 1) Er resulteert een pluralistisch model van de besluitvormingsstructuur als gevolg van het gebruik van de methode.
- 2) Daarnaast is de selectie van issues een probleem. Hoe kan men immers bepalen welke issues belangrijk zijn en in het verlengde daarvan, wat te doen met de zogenaamde non-decisies die de methode negeert.

Samenvattend spelen met betrekking tot de zogenaamde klassieke methoden twee problemen een rol. Ten eerste een validiteitsprobleem, het gegeven dat de klassieke methoden mogelijk niet meten wat ze willen meten. Men wil invloed meten, maar meet invloedspotentieel. Het tweede probleem is dat er voor het bepalen van actoren met een invloedspotentieel geen adequaat meetinstrument bestaat. De drie klassieke methoden bieden drie meetinstrumenten die een verschillend resultaat tot gevolg hebben. Voor de oplossing van dit tweede probleem moet er dan gezocht worden naar een betrouwbaarder methode c.q. meetinstrument. Een alternatief daarvoor is de combinatie van de drie bestaande methoden c.q. meetinstrumenten. Het eerste probleem, met betrekking tot validiteit, is daarmee echter niet opgelost.

Het validiteitsprobleem is al door Felling [1974] onderkend, als hij bij een onderzoek naar lokale machtsconfiguraties kijkt naar de interne structuur van de verzameling opgespoorde actoren, een structuur die gevormd wordt door alle interacties van de actoren samen. Deze oplossing is een vorm van structurele benadering, waarvan ook de netwerkanalyse deel uitmaakt.

De netwerkenadering

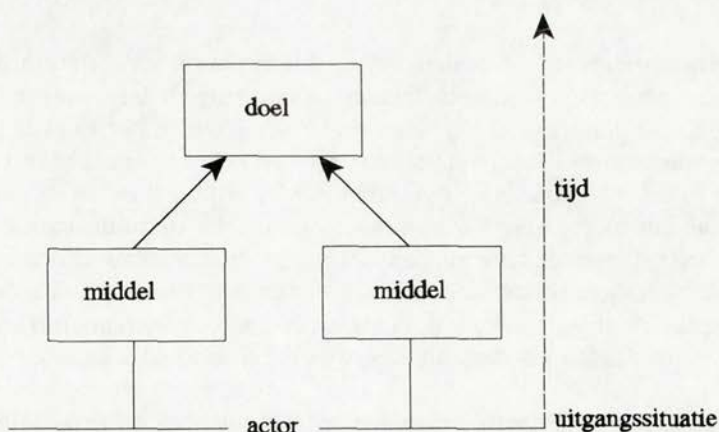
De netwerkmethode is een benadering die de nadruk legt op interacties, de relaties tussen actoren, die samen een structuur vormen. Het uitgangspunt van deze benadering is dat actoren niet in een sociaal vacuüm handelen. Ze zijn door tal van relaties met elkaar verbonden en deze relaties, de sociale context van de actor, bepalen het gedrag van de actor. Netwerkanalisten onderzoeken hoe de structurele eigenschappen van het netwerk gedrag kunnen bepalen, en ze kijken naar hoe en in welke mate het patroon van interacties mogelijkheden of beperkingen aan het gedrag van actoren oplegt. Om zeker twee redenen kan men met de netwerkenadering invloedsstructuren beter bepalen dan met de hiervoor genoemde klassieke methoden. Ten eerste omdat het proces van invloedsuitoefening op te vatten is als sociaal gedrag. Het gedrag van een actor wordt beïnvloed en/of beheerst door zijn omgeving, door relaties met andere actoren. Dit komt duidelijk naar voren in de netwerkenadering. Ten tweede ligt in de netwerkenadering de nadruk op het relationele aspect van een invloedsrelatie. Invloed hebben of uitoefenen kan een actor niet alleen, los van de actor die beïnvloed wordt. Hoewel de netwerkmethode op zich niet gebruikt wordt in deze studie zullen deze twee bovengenoemde aspecten een duidelijke rol spelen bij strategie en met name bij de analyse van de invloed van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector.

Tot zover deze korte uiteenzetting met betrekking tot de netwerkanalyse. In de volgende twee paragrafen wordt wederom Porter's definitie van strategie als centraal punt genomen voor een verdere uitwerking van de begrippen doelen, middelen en effecten.

2.1.4 Strategie en beleid

De definitie die Porter geeft van strategie: *'a broad formula for how a business is going to compete, what its goals should be, and what policies will be needed to carry out the goals'* [Porter 1980:xvi] is zo breed dat als hij niet eerst de nadruk zou hebben gelegd op competitie (en daarmee de relaties tussen onderneming en omgeving [Porter 1980:3]) als kader waarbinnen de analyse plaats heeft, deze definitie van strategie nagenoeg gelijk zou zijn aan definities van begrippen als beleid of politiek. Dit kan geïllustreerd worden met een bekende definitie van beleid van de hand van Hoogerwerf: *'het streven naar bepaalde doeleinden met bepaalde middelen in een bepaalde tijdsvolgorde'* [Hoogerwerf 1982:25]. De overeenkomsten tussen enerzijds *goals* en doeleinden en anderzijds *policies* en middelen spreken voor zich. Porter voegt daarbij in zijn definitie expliciet de notie van een samenhangend geheel toe (*a broad formula*), maar dit idee is bij Hoogerwerf net zo goed terug te vinden wanneer hij het over een samenstel van gekozen doeleinden, middelen en tijdstippen heeft: het beleidsplan [Hoogerwerf 1982:37]. De notie van een tijdsvolgorde zoals dat voorkomt in de definitie van Hoogerwerf is ook bij Porter aanwezig omdat hij ervan uitgaat dat het formuleren van concurrentie een dynamisch proces is. Voor wat betreft het begrip politiek merkt Kuypers [1976:16] op dat in Nederland de termen politiek en beleid eenzelfde betekenis hebben, er is geen ander verschil dan dat het laatste begrip beter klinkt dan het eerste. Ook in Kuypers' definitie van beleid zijn de elementen doel en middel overigens prominent aanwezig in de volgende definitie: *'een beleid (is) een samenstel van ten eerste de door een actor, c.q. meer actors voor zichzelf of voor een groepering gekozen doelen; ten tweede de door hem, c.q. hen gekozen wegen en middelen; en ten derde de door hem, c.q. hen gekozen tijdstippen'* [1976:18-19, Ranney 1965:5]. Een onderscheid tussen Kuypers en Porter bestaat ook uit het feit dat de relatie tussen actor/onderneming en de omgeving bij Kuypers minder uitgesproken is en in ieder geval niet centraal staat zoals in het werk van Porter. In een zogenaamd visueel beleidsmodel geeft Kuypers deze definitie als volgt vorm:

Figuur 2.2 Visueel beleidsmodel van Kuypers [1976:18]



In paragraaf 2.1.1 is het begrip strategie zodanig gedefinieerd dat een viertal elementen centraal staan: doelen, middelen, samenhang (het idee van een plan) en de interactie van actoren in een omgeving. In het basismodel van Kuypers zijn deze elementen terug te vinden (wat nog duidelijker zal worden in paragraaf 2.1.5 waarin een situatie met meerdere actoren aan de orde komt), reden waarom Kuypers' model als uitgangspunt genomen zal worden in deze studie. De elementen doel en middel genoemd in dit model staan ook centraal in Porter's definitie van concurrentiestrategie. Het belangrijkste verschil met het werk van Porter is dat Kuypers in zijn model het begrip actor toevoegt. Deze notie ontbreekt in deze vorm bij Porter, maar is noodzakelijk voor de analyse in het kader van dit onderzoek.

In het model van Kuypers wordt, zoals gezegd is, een begrip toegevoegd: dat van één of meerdere actor(en). Hij verstaat onder een actor: 'een kiezende of handelende persoon of georganiseerde groepering' [Kuypers 1976:19]. Er bestaat dus een essentieel onderscheid ten aanzien van organisaties. Een niet-georganiseerde groepering van personen of bedrijven, zoals 'de producenten van geneesmiddelen', kan geen actor zijn maar zij vormen een categorie van actoren. Dit onderscheid wordt hier ook overgenomen. In deze studie gaat het om de bestudering van actoren met deze onderscheiding uit Kuypers' definitie. De zogenaamde categorieën van actoren vormen geen object van analyse. Wel zijn er op het niveau van bijvoorbeeld een groep van producenten van geneesmiddelen belangenorganisaties van producenten. Deze soort organisaties spelen een belangrijke rol bij de analyse van de strategie in de geneesmiddelensector. In deze analyse zal er sprake zijn van een situatie van meerdere actoren. In paragraaf 2.1.5 wordt deze specifieke situatie nader besproken. Samenvattend wordt in deze studie de aanduiding actor gebruikt voor ondernemingen binnen *industries* (in het kader van de analyse van de intensiteit van de concurrentie, zie hoofdstuk 3) en voor belangengroeperingen

(in het kader van de analyse van strategie in de geneesmiddelensector, zie hoofdstuk 4).

Voor het omschrijven van respectievelijk doelen en middelen worden in de Engelstalige literatuur verschillende termen gehanteerd. In het eerste geval spreekt men van onder andere ook van *mission* en *objective*, en in het tweede geval van onder andere *tactics*, *operating policies* of *functional policies*. Aansluitend bij Porter worden ook in dit stuk deze begrippen niet verder onderscheiden en wordt ervan uitgegaan dat het meest essentiële onderdeel van een definitie van (concurrentie)strategie de onderscheiding tussen doelen en middelen is [Porter 1980:xvi]. Hetgeen ook bevestigd wordt door de overeenkomst tussen Porter's definitie en meer algemene definities van beleid, zoals welke hierboven genoemd zijn, waarin ook doelen en middelen als centrale begrippen gehanteerd worden.

Bij de invulling van de begrippen doelen en middelen gaat Porter [1980:xvi] uit van wat het 'Wiel van de Concurrentiestrategie' (*Wheel of Competitive Strategy*) genoemd kan worden, waarin in de naaf de doelen van het bedrijf staan – 'its broad definition of how it wants to compete and its specific economic and noneconomic objectives' [Porter 1980:xvii] – terwijl in de spaken de operationele beleidselementen (de middelen) staan die gebruikt kunnen worden voor de realisering van de geformuleerde doelen. In een plaatje ziet dat er als volgt uit:

Figuur 2.3 The Wheel of Competitive Strategy [Porter 1980:xvi]



Afhankelijk van de aard van de zaken die men wil doen, kan het management in het bedrijf meer nadruk leggen op bepaalde middelen-gebieden. De metafoor van een wiel wordt door Porter gebruikt om aan te geven dat bij het formuleren van

een concurrentiestrategie, net als bij een wiel, de spaken (de middelen-gebieden) straalsgewijs vanuit de naaf (de doelen) moeten lopen en deze als het ware moeten weerspiegelen, terwijl de spaken onderling verbonden moeten zijn om het wiel te laten rollen. Al eerder is gewezen op het feit dat Kuypers in zijn model de notie van actor toevoegt. Binnen deze studie – in het kader van een meer-actoren-beleid – ten behoeve van de analyse van de strategie van belangengroeperingen, voldoet Kuypers' model beter als instrument, dan Porter's uitwerking van concurrentiestrategie, dat meer toegesneden is op de (individuele) onderneming binnen bedrijfstakken. In de volgende paragraaf zal het in deze studie gebruikte meer-actoren-model nader worden toegelicht.

2.1.5 Doelen, middelen en een beleid met meerdere actoren

Het is noodzakelijk om tot een scherp omlijnd begrip van doelen en middelen te komen (vgl. Kuypers 1976:27), alleen al omdat het begrip doel onophoudelijk verward wordt met begrippen als waarde, norm, functie en behoefte.

Om te komen tot een definitie van doelen maakt Kuypers een aantal keuzen. Ten eerste stelt Kuypers dat een doel 'iets' is van iemand, en niet iets is van iets, hij houdt zich immers bezig met doelen van actoren. Kortom, een doel is 'iets' van een actor. Ten tweede is Kuypers' doelbegrip situationeel, het doel van een actor is dus een beoogde situatie. Deze situatie is toekomstig, het is een gewenste situatie, die nog niet bereikt is op het moment dat de actor zich deze voorstelt. Ten derde is een beoogde situatie een beoogd gevolg. Maar meestal niet een gevolg dat een actor alléén kan veroorzaken. Beoogde situaties en gevolgen kunnen zo complex zijn dat het weinig zin heeft om over 'het doel' van een actor te spreken, maar de term een 'complex van doelen' beter de realiteit weergeeft. Ten vierde kan een doel van een actor zowel een gewenste situatie betreffen voor hemzelf als voor anderen. Ten vijfde zijn veel doelstellingen (die vaak impliciet zijn) te omschrijven als 'iteratieve doelstellingen', doelstellingen die als het ware elke dag opnieuw bereikt worden, zoals bijvoorbeeld het streven tot handhaven van een bestaande situatie. Ten zesde is een doel een situatie die een actor beoogt en nastreeft in een gegeven uitgangssituatie. Veranderingen in de uitgangssituatie betekenen dat ook de gewenste toekomstsituatie kan veranderen.

Op grond van deze overwegingen komt Kuypers tot de volgende definitie van het doelbegrip, die in deze studie wordt overgenomen: *'een 'doel van een actor' (is), een toekomstige situatie, al dan niet de actor zelf betreffende, die hij in een gegeven uitgangssituatie beoogt, of althans accepteert als gewenst, en waarvan hij het intreden meent te kunnen bevorderen of teweegbrengen'* [Kuypers 1976:30].

Doelen en middelen

Alles kan, aldus Kuypers [1976:31], middel zijn voor enig doel. Maar niet ieder doel wordt door iedereen gedeeld, terwijl met één doel voor ogen ook niet iedereen kiest voor dezelfde middelen of die niet beschikbaar heeft. Om tot een definitie van middelen te komen gaat Kuypers uit van de stelling dat elk middel van een actor een verrichting is en elke verrichting een middel. Waarbij een

verrichting zowel opgevat moet worden als denken en doen, en zelfs als niet-denken en niet-doen.

Wat een actor kan doen om zijn doel te bereiken is samen te vatten in een viertal verrichtingen – en meer zijn er niet, aldus Kuypers. Ten eerste kan een actor een uiterlijk waarneembare daad verrichten, ten tweede kan hij 'dingen' aanwenden die hem ten dienste staan, ten derde kan hij plannen maken (een denkverrichting) en, ten vierde kan een actor om een doel te bereiken gebruik maken van gelegenheden, of met andere woorden een gegeven situatie uitbuiten. Er is in dit laatste geval geen middel of plan, er gebeurt iets en een actor mengt zich in de situatie. Daarom is dit een middel apart.

Uit de bovengenoemde stelling vloeit ook voort dat elke verrichting van een actor een middel is. Hoewel dit waar is, kan dit verder terzijde geschoven worden omdat een actor al gedefinieerd is als een handelend of kiezend persoon en omdat elke verrichting van een actor een middel is voor een doel dat beoogd wordt. Kortom, gesteld wordt dat er geen handelen is zonder doel.

Nog een onderscheid is hier verder van belang. De samenstelling van middelen die een actor zou kunnen gebruiken is niet noodzakelijkerwijs gelijk aan de middelen die hij gebruikt om een bepaald doel te bereiken, hoewel vanzelfsprekend de gebruikte middelen altijd voortkomen uit de verzameling van te gebruiken middelen. Dit betekent ook dat er twee definities van middelen te formuleren zijn: '(De) *'middelen voor een actor'* (worden gevormd door) al datgene wat de actor kan verrichten, alsook al datgene waarover hij kan beschikken ter bereiking van een doel, één en ander in een gegeven uitgangssituatie'. Deze verzameling zal groter zijn dan die van de middelen die uiteindelijk gekozen worden: '(De) *'middelen van een actor'* (worden gevormd door) al datgene wat een actor verricht, danwel kan en wil verrichten, alsook al datgene waarover hij beschikt, danwel kan en wil beschikken ter bereiking van een doel, een en ander in een gegeven uitgangssituatie' [Kuypers 1976:35].

Effecten

Een doel is hierboven beschreven als een beoogd effect, iets dat een actor wil veroorzaken met een middel. Maar middelen kunnen bijvoorbeeld ook ongewenste effecten hebben. Door een onderscheiding te maken tussen verschillende effecten kan deze situatie duidelijk gemaakt worden. Kuypers [1976:38] doet dit door drie soorten effecten te onderscheiden, te weten: 1) beoogde effecten of doelen; 2) averechtse effecten; 3) neveneffecten.

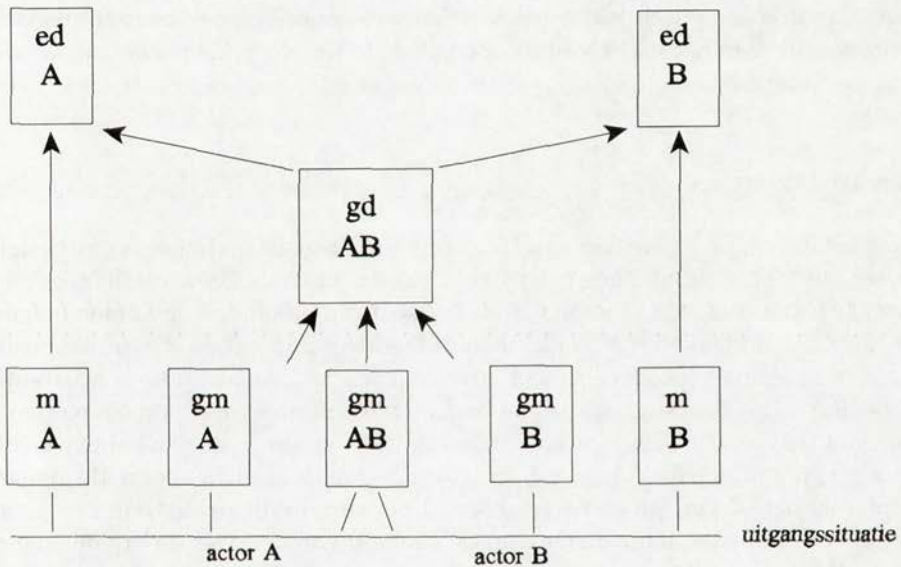
Om deze onderverdeling systematiek te geven moet echter eerst het doelbegrip verder onderverdeeld worden, om de notie van een nog te realiseren middel te kunnen weergeven. Er wordt dan een (relatief) verschil gemaakt tussen het begrip 'tussendoel': *'een doel dat een actor zich voorstelt te realiseren, teneinde een verder gelegen doel te bereiken'* – waarbij een tussendoel een middel wordt bij realisatie – en het begrip 'einddoel': *'een doel dat een actor zich voorstelt te bereiken via één of meerdere tussendoelen'* [Kuypers 1976:38]. Op basis hiervan kan men dan tot hiërarchie van tussendoelen, respectievelijk middelen, en einddoelen komen. Een tweede belangrijke onderscheiding is gebaseerd op het idee dat veel middelen meer dan één doel dienen, waarbij danwel in de gaten gehouden moet worden waar het de actor in de eerste plaats om ging. Dit verschil wordt uitgedrukt in de

onderscheiding tussen een 'hoofddoel': 'het doel waarvoor de actor een gegeven middel dat meer dan één doel dient, primair gekozen heeft' en het begrip 'nevendoeel': 'het doel dat door een gegeven middel wordt gediend, hoewel het door de actor primair is gekozen met het oog op een ander doel' [Kuypers 1976:40-41].

Een averechts effect treedt op in plaats van een beoogd effect en is daarmee tegengesteld aan het doel dat beoogd wordt, terwijl een neveneffect op kan treden naast een beoogd gevolg, hetgeen met het bereiken van een doel wel verenigbaar is. Een averechts effect kan daarom gedefinieerd worden als: 'een gevolg van het middel van een actor, dat tegengesteld is aan een door de actor beoogd effect' en een neveneffect als: 'een gevolg van het middel van een actor, dat optreedt naast een door hem beoogd effect en dat gunstig, van geen belang, of ongunstig is voor hemzelf, maar mogelijk niet voor anderen' [Kuypers 1976:42-43].

Op basis van een beeld van wat doelen, middelen en effecten zijn, is het nu mogelijk om de laatste stap met betrekking tot het invullen van theoretische achtergronden met betrekking tot deze studie te maken. Het bekijken van de specifieke achtergronden van een beleid met meerdere actoren, wordt door Kuypers als volgt weergegeven:

Figuur 2.4 Een model voor een meer-actoren-beleid [Kuypers 1976:68]



In dit model is het gemeenschappelijke doel van de actoren A en B, aangegeven als *gdAB*, te zien als het hart van het (en ook elk) meer-actoren-schema. De middelen die gekozen zijn om het doel te bereiken zijn aangegeven met *gm*, respectievelijk *Agm* als ze zijn ingebracht door A en *Bgm* als ze worden ingebracht door B. Dit zijn de afzonderlijk aan te wenden middelen ten aanzien van het

gemeenschappelijke doel. Vaak bestaan er echter ook gemeenschappelijke middelen – zoals een gemeenschappelijke organisatie – welke aangegeven worden met *gmAB*. Twee actoren die een gemeenschappelijk doel nastreven zullen dat echter nooit doen zonder eigen oogmerken, aldus Kuypers [1976:69]. Zolang A en B twee actoren zijn, zal het gemeenschappelijke doel *gdAB* nooit meer zijn dan een partiële doelstelling. Iedere actor houdt een eigen, meer omvattend einddoel, welke in het model zijn weergegeven als *edA* en *edB*. Het gemeenschappelijke doel is dus nooit meer dan een tussendoel. Tot slot rest dan nog de vraag of elk van de actoren zijn einddoel, behalve via het gemeenschappelijk belang *gdAB* nog dient met andere (en zo ja, welke) middelen. Deze middelen, gebruikt in het belang van het eigen einddoel buiten de partner om, worden in het model aangeduid met *mA* en *mB*.

Een beleid met meerdere actoren ontstaat niet zomaar, of met andere woorden een *gdAB* moet geformuleerd worden. Dit betekent dat de totstandkoming van een meer-actoren-beleid sterk afhankelijk is van onderhandelen. In navolging van Kuypers wordt onderhandelen hier gedefinieerd als: *'(-)het doen van expliciete voorstellen door een actor aan één of meer andere actoren, danwel het beantwoorden van zulke voorstellen, een en ander met het doel, althans uiterlijk, om overeenstemming te bereiken hetzij over een ruil hetzij over een beleid'* [Kuypers 1976:74].

Met een definitie van het begrip onderhandelen is de laatste steen gelegd voor de opzet van een analytisch kader ten aanzien van het onderzoek naar strategische besluitvorming in het kader van deze analyse. In de volgende paragraaf worden deze bouwstenen samengevat.

2.1.6 Afsluiting

Een viertal centrale elementen van strategie en strategisch gedrag zijn vastgesteld: doelen, middelen, samenhang (plan) en interactie tussen actoren in een omgeving. Vanuit de literatuur ten aanzien van de analyse van de omgeving komen behalve een aantal raakvlakken met verschillende theorieën, vooral de specifieke positie van Porter's analysekader op het niveau van de zogenaamde concurrentie-omgeving – een bevestiging van het belang van de omgeving – en overeenkomsten met de *resource dependence* benadering naar voren – de centraliteit en het belang van middelen. Vanuit de structurele analyse vallen vooral de *resource dependence* benadering en de netwerkbenadering op. In dit geval vooral op grond van overeenkomsten ten aanzien van de eenheid van analyse: de organisatie als actor. Porter spreekt zelf eigenlijk alleen over doelen en middelen bij de uitwerking van zijn ideeën ten aanzien van concurrentiestrategieën. De begrippen doelen en middelen zijn, uitgaande van het basismodel van Kuypers, verder uitgewerkt en aangevuld met de uitwerking van begrippen als actor en doelen in de betekenis van effecten. Een situatie met meerdere actoren betekent het gebruik van een model voor een meer-actoren-beleid, aansluitend bij de realiteit die in deze studie onderzocht wordt. Als gevolg hiervan doet dan ook het onderhandelingsbegrip (als een type van interactie) zijn intrede.

Naast de dimensie van het niveau van de actor, waar de bovenstaande samenvatting grotendeels aan refereert, wordt Porter's analysekader vooral gekenmerkt door de specifieke wijze waarop de concurrentie-omgeving onderzocht wordt. Immers de essentie van het formuleren van een concurrentiestrategie bestaat uit het relateren van een bedrijf aan zijn omgeving, aldus Porter [1980:3]. Omgeving is daarbij een breed begrip dat verwijst naar sociale en economische krachten, maar het sleutelaspect in de omgeving van een bedrijf zijn de *industries* waarbinnen een bedrijf concurreert. De structuur van de *industry* heeft in dit kader een sterke invloed op het bepalen van de concurrentie-'spelregels' en op de potentiële strategieën die een bedrijf hanteren kan. Porter gaat er daarbij van uit dat invloeden – of in zijn terminologie: krachten – van buiten de *industry* alleen in relatieve zin belangrijk zijn: ze gelden gewoonlijk voor alle bedrijven binnen een *industry*, waardoor het interessanter wordt om te kijken naar de verschillende mogelijkheden van bedrijven om met deze krachten om te gaan. In de volgende paragraaf staat de opzet van een model van structurelementen voor deze studie centraal. Het zijn, aldus Porter [1980:4], de structurele eigenschappen van *industries* die de sterkte van de concurrentiekrachten en daarmee de winstgevendheid van *industries* bepalen.

2.2 HET MODEL VAN CONCURRENTIEKRACHTEN

In deze paragraaf wordt op basis van de modellen van concurrentiekrachten van Porter uit 1980 [15-29] en 1985 [4-11] een model voor deze studie gevormd. De basis hiervan vormt het model uit 1980 met aanvullingen vanuit het model dat Porter in 1985 geeft. Alleen op verschillen tussen de beide modellen zal in de bespreking worden ingegaan. Een overzicht is te vinden in Bijlage 1. Daarna zal een lijn doorgetrokken worden naar de inhoud van de determinanten van wat in deze studie de zesde concurrentiekracht genoemd wordt: de invloed van belangengroeperingen.

2.2.1 Porter's modellen uit 1980 en 1985 samengevoegd

1) Potentiële toetredingen

De **potentiële toetredingen** vormen de eerste concurrentiekracht, die afhangt van **entree-barrières** en de daaraan gekoppelde reactie van bestaande aanbieders in een *industry* ten opzichte van intreders, waarbij zes belangrijke (bronnen van) entree-barrières door Porter worden onderscheiden. Allereerst werkt het bestaan van *schaalvoordelen* (1.1; zie figuur 2.5) binnen een *industry*, de afnemende kosten per eenheid bij een stijging van het absolute volume, in het voordeel van bestaande aanbieders. Een intreder is dan gedwongen ook gelijk grootschalig en daarmee met meer risico te produceren om te kunnen concurreren met bestaande aanbieders binnen een *industry*. Daarnaast kan *produktdifferentiatie* (1.2) belangrijke voordelen opleveren voor bestaande aanbieders op basis van de merkgevoeligheid en -loyaliteit van hun afnemers, die met grote (financiële) inspanningen en het

daarmee gepaard gaande risico door intreders moet worden overwonnen. In 1985 splitst Porter het begrip differentiatie uit in merkidentiteit en eigendom van produktverschillen. Het meer algemene begrip differentiatie blijft hier echter gehandhaafd omdat daaraan meerdere dimensies zijn verbonden — zoals werkelijke versus gepercipieerde verschillen — dan de twee genoemde elementen in de 1985-versie van het model. Ook in de volgende, hierna te bespreken, concurrentiekrachten wordt het begrip differentiatie zonder uitsplitsing gehandhaafd. Verder kan de *benodigd kapitaal* (1.3) als entree-barrière fungeren. Een noodzaak tot grote investeringen voor een intreders, zeker in risicovolle zaken waarvan het effect van de besteding nauwelijks voorspelbaar is — zoals reclame of onderzoek & ontwikkeling, zullen belemmerend werken voor een nieuwe intreders binnen een bepaalde *industry*. Daarnaast zal naarmate de *overstapkosten* (*switching costs*) (1.4) hoger zijn — waarmee hier de eenmalige kosten aangegeven worden die gemaakt moeten worden door de afnemer om van de ene aanbieder op de andere over te stappen, waaronder mogelijk veranderingen in het produkt, hertraining van personeel etc. — de afnemer minder gestimuleerd zijn om een andere leverancier te zoeken, waardoor bestaande aanbieders voordelen hebben ten opzichte van intreders die nog een klantenkring moeten opbouwen. Verder zullen nieuwe intreders *toegang tot distributiekkanalen* (1.5) moeten zien te krijgen, door of gebruik te maken van reeds bestaande distributiekkanalen waarmee de bestaande aanbieders al een relatie hebben, of zelf de distributie ter hand te nemen, hetgeen weer extra risico's met zich mee brengt. In het model uit 1980 zijn diverse determinanten te onderscheiden die door Porter verzameld worden onder de noemer: *kosten-nadelen onafhankelijk van schaal*, zoals het *eigendom van produkt-technologie* (1.6) — op basis van patenten of geheimhouding; de *toegang tot grondstoffen*, die mogelijk door bestaande aanbieders gedomineerd wordt; gevestigde ondernemingen kunnen mogelijk beschikken over *gunstige locaties* (1.8) voor hun ondernemingen; en op historische gronden een voorkeursbehandeling krijgen ten aanzien van *subsidies* (1.9) van overheden. Daarnaast kan ook voor bestaande aanbieders *het bezit van een leer- of ervaringscurve* (1.10) een belangrijke rol spelen. In sommige *industries* heeft cumulatieve ervaring een belangrijke invloed op bijvoorbeeld een efficiënte produktie waardoor kostenbesparingen mogelijk zijn of is ervaring onmisbaar bij het concurrerend functioneren van onderzoek & ontwikkeling.

In 1985 noemt Porter in zijn model de hierboven beschreven kosten-nadelen absolute kosten-voordelen, waarbij hij er een drietal noemt: de *ervaringscurve*, een determinant die hierboven al genoemd is; de *toegang tot noodzakelijke inputs* (1.7), hetgeen neer komt op een iets bredere formulering dan de toegang tot grondstoffen en daarom in plaats daarvan overgenomen wordt; en, het *eigendom van produktontwerp met een lage kostprijs*, dat echter in het model van 1980 al meer in het algemeen geformuleerd te vinden is onder de noemer eigendom van produkt-technologie. Verder is het *overheidsbeleid* (1.11) aan te duiden als een mogelijke entree-barrière. Centraal staat hier dan de vraag in hoeverre dit beleid belemmerend is voor intreders binnen een *industry*, bijvoorbeeld door het hanteren van bijzonder lange perioden voor de aanvraag van vergunningen e.d. De laatste entree-barrière die hier genoemd wordt, is de determinant *te verwachten tegenmaatregelen* (1.12) die intreders tegemoet kunnen zien binnen een bepaalde

industry. Deze te verwachten tegenmaatregelen kunnen heviger zijn wanneer een *industry* een sterke traditie van vergelding kent, en/of wanneer de bestaande aanbieders veel middelen voor een vergelding hebben, en/of wanneer bestaande aanbieders grote belangen hebben bij het behouden van een status quo, en/of wanneer er weinig of geen groei binnen de *industry* bestaat, dat wil zeggen dat een intreding altijd ten koste gaat van de marktaandeelen van de bestaande aanbieders.

Op grond van de bovenstaande bespreking van de determinanten van het structurelement van de *entree-barrières* ontstaat het volgende rijtje dat in deze studie gebruikt zal worden:

Figuur 2.5 Potentiële toetredingen

1.1	schaalvoordelen
1.2	produktdifferentiatie
1.3	benodigd kapitaal
1.4	overstapkosten
1.5	toegang tot distributiekkanalen
1.6	eigendom van produkt-technologie
1.7	toegang tot noodzakelijke <i>inputs</i>
1.8	gunstige locaties
1.9	subsidievoordelen
1.10	bezit van een leer/ervaringscurve
1.11	overheidsbeleid
1.12	te verwachten tegenmaatregelen

2) Rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de *industry*

De tweede door Porter genoemde concurrentiekracht is de **intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de *industry***. De rivaliteit tussen ondernemers ontstaat omdat één of meer concurrenten de druk voelt, of de kans ziet, om zijn positie binnen de *industry* te verbeteren. Intense rivaliteit is het resultaat van verschillende interacterende structurele factoren, die hierna genoemd zullen worden. Allereerst kan zowel het bestaan van *vele concurrenten* als dat van concurrenten die sterk *overeenkomen in termen van grootte en middelen* tot instabiliteit en intensieve rivaliteit leiden. In het eerste geval omdat men verwacht relatief ongemerkt bepaalde stappen te kunnen ondernemen en in het tweede geval omdat er geen dominante posities bestaan, waardoor een disciplinaire en gecoördineerde actie bemoeilijkt wordt. In het model uit 1985 noemt Porter deze determinant *concentratie en evenwicht* (2.1; zie figuur 2.6) waarmee hetzelfde wordt aangegeven in meer algemene termen. Daarom zal die benaming voor deze determinant hier verder gebruikt worden. Een (*langzame*) *bedrijfstakgroei* (2.2) betekent dat concurrentie omslaat in pogingen tot het veroveren van marktaandeelen van anderen wanneer men het eigen marktaandeel wil vergroten, hetgeen ook tot intensivering van de rivaliteit tussen ondernemingen binnen de *industry* zal

leiden. *Hoge vaste- (of voorraad)kosten* (2.3) leiden tot een sterke druk op ondernemingen om de productiecapaciteit zeer zorgvuldig af te wegen tegen de mogelijke afzet. Bij een overcapaciteit kiest men in deze situatie mogelijk relatief snel voor prijsverlagingen. In het model uit 1985 voert Porter *periodieke overcapaciteit* (2.4) als aparte determinant op. Hoewel dit verschijnsel inderdaad sterk gekoppeld is aan het voorkomen van hoge vaste- (of voorraad)kosten is het toch te beschouwen als een apart element, omdat combinatie van beide elementen niet voor hoeft te komen en overcapaciteit ook, los van een directe kostenoverweging, gerelateerd is aan andere elementen zoals bijvoorbeeld een noodzaak tot productie in grote hoeveelheden (zie 2.7 hieronder). Hier wordt periodieke overcapaciteit daarom ook als aparte determinant opgevoerd. Een gebrek aan *differentiatie en overstapkosten* hebben beide tot effect dat de bescherming van het eigen marktaandeel voor een ondernemer moeilijker is. In zijn model uit 1985 maakt Porter bij de bespreking van de determinanten van rivaliteit weer de onderscheiding tussen produktverschillen en merkidentiteit. Analoog aan de bespreking van de toetredingsbedreigingen wordt hier het verzamelbegrip *differentiatie* (2.5) gebruikt. Wel zullen de begrippen *differentiatie* en *overstapkosten* (2.6) in aparte determinanten ondergebracht worden. Hoewel zij in dat kader eenzelfde effect hebben, gaat het hier om inhoudelijk verschillende begrippen. Daarnaast is de overeenkomst met de andere concurrentiekrachten, waar deze determinanten wel steeds gescheiden worden dan groter. Wanneer het uit het oogpunt van schaalvoordelen noodzakelijk is dat *productie in grote hoeveelheden* (2.7) wordt uitgevoerd, kan nieuwe productie een sterke verstorende invloed hebben op de markt hebben. Tevens bestaat hier dan ook de constante dreiging voor overcapaciteit. Een (grote) *verscheidenheid aan concurrenten* (2.8) – wat zeker het geval is wanneer buitenlandse concurrenten een rol spelen – met verschillende doelen en strategieën zullen een *industry* meer divers en ondoorzichtiger maken hetgeen ook weer meer gelegenheid tot rivaliteit zal bieden. In zijn model uit 1985 voert Porter de *complexiteit van informatie* (ondoorzichtigheid etc.) als een aparte determinant van de intensiteit van rivaliteit op. Als een aparte determinant is dit echter een relatief vaag begrip en blijft dit sterk afhangen van de diversiteit van concurrenten binnen een *industry*. Hier wordt dan ook niet in een aparte determinant met betrekking tot de complexiteit van informatie voorzien. De rivaliteit binnen een *industry* wordt verder ook sterk aangewakkerd als ondernemingen *grote strategische (ondernemings) belangen* (2.9) hebben bij het succesvol concurreren binnen een bepaalde *industry*. In een dergelijke situatie zullen relatief minder populaire keuzen zoals het drastisch verlagen van de winstmarge dan gemakkelijker gemaakt worden, hetgeen een sterke intensivering van rivaliteit met zich meebrengt. Tenslotte spelen *hoge uittrede-barrières* (2.10) zowel op economisch, strategisch als emotioneel niveau een belangrijke rol ten aanzien van de intensiteit van de rivaliteit binnen een *industry*. Wanneer een onderneming bijvoorbeeld zeer gespecialiseerde bedrijfsmiddelen heeft, vaste (hoge) uittredingskosten, waardevolle strategische relaties, emotionele banden met een bepaalde *industry* (bijvoorbeeld op grond van traditie) en er vanuit overheden negatief gereageerd zal worden op uittreding, dan zullen ondernemingen er veel waarde aan hechten binnen een bepaalde *industry* te blijven en bereid zijn om intensief te concurreren.

Op grond van de bovenstaande bespreking van determinanten van de intensiteit van rivaliteit ontstaat dan het volgende rijtje dat in deze studie gebruikt zal worden:

Figuur 2.6 *Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten in de industry*

- | | |
|------|--|
| 2.1 | concentratie en evenwicht |
| 2.2 | (langzame) bedrijfstakgroei |
| 2.3 | hoge vaste- (of voorraad)kosten |
| 2.4 | periodieke overcapaciteit |
| 2.5 | gebrek aan differentiatie |
| 2.6 | gebrek aan overstapkosten |
| 2.7 | grote produktiehoeveelheden |
| 2.8 | verscheidenheid aan concurrenten |
| 2.9 | grote strategische (ondernemings-)belangen |
| 2.10 | hoge uittrede-barrières |

3) Dreiging van substituten

De derde concurrentiekracht uit Porter's modellen is de **dreiging van substituten**. Het identificeren van substituten betekent het zoeken naar produkten die eenzelfde functie kunnen vervullen binnen een bepaalde *industry*. Eén van de belangrijkste gevolgen van de dreiging van substituten binnen een *industry* is dat deze drukkend op de winst kunnen werken. De belangrijkste determinanten van deze concurrentiekracht zijn dan ook de *relatieve prijs van een substituu*t (3.1; zie figuur 2.7) ten opzichte van het origineel en de *winstmarge* (3.2) die in een bepaalde bedrijfstak behaald wordt, omdat, naarmate deze hoger is, het substitueren van produkten ook aantrekkelijker wordt. In zijn model uit 1985 noemt Porter tevens *overstapkosten* (3.3) en de *geneigdheid van afnemers om te substitueren* (3.4) als determinanten van de dreiging van substituten. Deze beide factoren ten aanzien van de afnemer van substituut-produkten zijn nieuw ten opzicht van het model uit 1980 en worden dan ook beide toegevoegd als determinanten.

Op grond van de bovenstaande bespreking van determinanten binnen het structuurelement van de druk van substituten ontstaat dan het volgende rijtje dat in deze studie gebruikt zal worden:

Figuur 2.7 *Dreiging van substituten*

- | | |
|-----|-----------------------------------|
| 3.1 | relatieve prijs van een substituu |
| 3.2 | winstmarge in de bedrijfstak |
| 3.3 | overstapkosten |
| 3.4 | geneigdheid tot substitueren |

In deze studie blijkt dat voor de *industries* van groothandelaren in geneesmiddelen en apothekers, naast de dreiging van substituten op het produktieniveau, ook de dreiging van substituten op het funktieniveau i.c. substitutie van de reguliere farmaceutische groothandel en de (traditionele) openbare apotheker aan belang winnen. Voor deze twee *industries* zal daarom in de analyse naast de dreiging van substituten op het produktieniveau ook de dreiging van substituten op het functieniveau apart behandeld worden (zie hoofdstuk 3, de paragrafen 3.3.3 en 3.4.3).

4) *Onderhandelingsmacht van afnemers*

De vierde concurrentiekracht wordt door Porter de **onderhandelingsmacht van afnemers** genoemd. Afnemers zullen normaal gesproken proberen de prijzen van produkten – dat wil zeggen hun inkooprijzen – zo laag mogelijk te houden, onderhandelen voor een betere kwaliteit en meer service en concurrerende aanbieders zonodig tegen elkaar uitspelen – hetgeen allemaal ten koste gaat van de winstmarge van de aanbieder. Een afnemer(sgroep) is daarbij machtiger naarmate de volgende omstandigheden – al dan niet in combinatie – in hun voordeel werken. Overigens zullen hierbij in tegenstelling tot de werkwijze bij de bespreking van de vorige concurrentiekrachten de determinanten van het model uit 1985 de bases vormen voor bespreking. Ten eerste omdat daar verschillende nieuwe elementen genoemd worden en ten tweede vanwege een verhelderende onderscheiding die Porter in 1985 wel en in 1980 niet maakt met betrekking tot een indeling van de determinanten respectievelijk ten aanzien van de onderhandelingsmacht en meer specifiek de prijsgevoeligheid van afnemers.

Binnen het eerste element, de *onderhandelingsmacht van afnemers*, spelen de volgende determinanten een rol. Allereerst noemt Porter dan de (*relatieve concentratie van afnemers versus aanbieders* (4.1; zie figuur 2.8). De concentratieverhoudingen binnen de *industry* bepalen ondermeer de invloed die de klant op de leverancier kan hebben daarmee ook de machtsverhoudingen en de daaruit voortvloeiende marktmacht. Daarnaast speelt het *aankoopvolume van de afnemer* (4.2) voor de aanbieder een belangrijke rol. Naarmate dit groter is zal de afnemer een belangrijker klant zijn van de aanbieder en de noodzaak om deze afnemer te behouden zal ook toenemen. In het model uit 1980 worden de determinanten concentratie en volume samengenomen. Hoewel ze indirect eenzelfde effect hebben – gericht op de mate van het belang van de afnemer voor de aanbieder – gaat het inhoudelijk om verschillende determinanten en zullen ze ook hier verder gescheiden blijven. De hoogte van de *overstapkosten van de afnemer in verhouding met die van de aanbieder* (4.3) hebben een sterke invloed op de beslissing tot het eventueel nemen van een andere leverancier. Anderzijds kan ook een aanbieder voor (hoge) overstapkosten staan als nieuwe afnemers produkten van hem gaan betrekken. Naarmate een *afnemer meer informatie* (4.4) heeft over de vraag, werkelijke prijzen en zelfs over productie- en leverantiekosten, ontstaat er meer inzicht in de ruimte voor onderhandeling, dan wanneer deze informatie ontbreekt of gebrekkig is. Wanneer afnemers het *vermogen tot achterwaartse integratie* (4.5) hebben, kan de

dreiging die daarvan uitgaat in de richting van de aanbieder een betere onderhandelingspositie opleveren en daarmee een grotere geneigdheid tot concessies van de kant van de aanbieder. De *mogelijkheid tot substitutie van produkten* (4.6) is de zesde determinant die Porter in dit kader noemt. Bij de behandeling van de concurrentiekracht van de dreiging van substituten is dit al aan de orde geweest. Tenslotte noemt Porter in het model uit 1985 in het kader van de determinanten ten aanzien van de onderhandelingsmacht van afnemers de determinant van de *pull-through*. Hiervan is geen duidelijke definitie te vinden, maar het lijkt gerelateerd aan het idee van de zogenaamde *value chain* bij Porter (een netwerk van onderling afhankelijke activiteiten in het bedrijf; zie Porter [1980:40-41 en 1985:59-61]). Dit is sterk gerelateerd aan management binnen de onderneming en dat valt buiten het kader van deze studie.

Met betrekking tot de *prijsgevoeligheid* in het kader van determinanten van de vierde concurrentiekracht worden er hier zes genoemd als gevolg van een bepaalde rangschikking van determinanten uit beide modellen (1980 en 1985). De *verhouding tussen de prijs van het produkt en het totale volume van de aankopen* (4.7) wordt hier als de eerste determinant in het kader van de prijsgevoeligheid genoemd. Naarmate het produkt dat afgenomen wordt relatief belangrijker is binnen het totaal van kosten of aankopen die de afnemer maakt of doet, is de afnemer gevoeliger voor de prijs die daarvoor betaald moet worden. In het model uit 1985 worden wederom produktverschillen en merkidentiteit als aparte determinanten genoemd. Analooq aan de vorige concurrentiekrachten worden ze hier samengenomen onder de noemer *differentiatie* (4.8). Naarmate produkten meer gestandaardiseerd of ongedifferentieerd zijn, zullen afnemers gemakkelijker alternatieve aanbieders kunnen vinden en het zich dan kunnen permitteren prijsgevoeliger te zijn. Verder zal naarmate een *produkt minder belangrijk is voor de kwaliteit* (4.9) van de produkten of diensten van de afnemer ook zijn prijsgevoeligheid toenemen. Naarmate de *winstmarge van de afnemer* (4.10) lager is, zal ook het belang van een relatief lage prijs toenemen. Daarnaast kunnen ook de *prikkels ten aanzien van beslissers* (4.11) fungeren als een determinant in dit kader. Beslissers kunnen op verschillende wijzen – en zeker niet alleen op basis van de prijs – gestimuleerd worden tot een bepaalde keuze voor produkten of aanbieders. Als laatste determinant kan hier dan nog de mogelijke *beïnvloeding van de consument c.q. volgende schakels* (4.12) in de bedrijfskolom, door afnemers genoemd worden. Deze determinant is wel in het model uit 1980 opgenomen, maar verdwijnt in het model uit 1985. Als aparte determinant kan dit echter een rol spelen, zeker wanneer een (groot)handelaren-industry aanwezig is, zoals binnen de geneesmiddelensector.

Op grond van de bovenstaande bespreking ontstaat dan het volgende rijtje ten aanzien van de onderhandelingsmacht van afnemers dat in deze studie gebruikt zal worden:

Figuur 2.8 Onderhandelingsmacht van afnemers

4.1	relatieve concentratie afnemers versus aanbieders
4.2	aankoopvolume van afnemers
4.3	overstapkosten van afnemers in verhouding met die van aanbieders
4.4	informatie van afnemers
4.5	vermogen tot achterwaartse integratie
4.6	substitutie van produkten
4.7	verhouding prijs/totale aankopen
4.8	differentiatie
4.9	belang kwaliteit produkt/prijsgevoeligheid
4.10	winstmarge afnemer
4.11	stimulans beslissers
4.12	mogelijkheid beïnvloeden consument/volgende schakels

5) Onderhandelingsmacht van aanbieders

De **onderhandelingsmacht van aanbieders** is de vijfde en laatste concurrentiekracht die door Porter genoemd wordt. Aanbieders ontleen hun onderhandelingsmacht binnen een *industry* aan (het dreigen met) de mogelijkheid prijzen te verhogen en/of de kwaliteit van produkten en/of diensten te verlagen. Bepaalde condities, die hieronder de determinanten van de positie i.c. onderhandelingsmacht van aanbieders genoemd worden, stimuleren de marktmacht van aanbieders. Zo zal een *industry* die een sterke *concentratie van aanbieders versus afnemers* (5.1; zie figuur 2.9) kent of gedomineerd wordt door een paar ondernemingen – zeker als de afnemers relatief sterker gefragmenteerd zijn – leveranciers meer invloed geven op het bepalen van prijzen, kwaliteit en voorwaarden. Wanneer er geen *substituten* (5.2) aanwezig zijn binnen de *industry* betekent dit dat de afnemers ook sterker afhankelijk zijn van bepaalde aanbieders, hetgeen ook een groter invloedsgewicht met zich mee zal brengen. Als het *belang van de afnemer* (in prijs en/of volume) voor de aanbieder (5.3.) klein is of met andere woorden de afnemer geen belangrijk deel van de produktie (in prijs of volume) afneemt, zal ook dat betekenen dat de aanbieder de klant relatief gemakkelijk kan missen en daardoor ook hogere eisen kan stellen. Daarnaast zal naarmate het *belang van het produkt voor de afnemer als input* (5.4) groot is voor de totstandkoming van zijn produkt of dienst, ook de positie van de aanbieder relatief sterker zijn. Zowel differentiatie als de opbouw van overstapkosten beperken de afnemer om van de ene aanbieder op een andere over te stappen. Deze determinanten worden in navolging van de bespreking bij de vorige concurrentiekrachten opgenomen als twee aparte determinanten *differentiatie* (5.5) van de *inputs* en *overstapkosten* (5.6) voor zowel *aanbieders* als *afnemers*. Tenslotte noemt Porter in zijn model uit 1980 nog de dreiging van een voorwaartse integratie, hetgeen hij in zijn model uit 1985 een dreiging van voorwaartse integratie relatief ten opzichte van de dreiging van achterwaartse integratie noemt. Omdat deze aanvulling eigenlijk al bij determinant 4.5 aan de orde komt, wordt hier volstaan met het noemen van het begrip *vermogen tot voorwaartse integratie* (5.7). In het model uit 1985 noemt Porter

daarnaast nog twee determinanten die nieuw zijn ten opzichte van het model uit 1980. Ten eerste de *kosten in verhouding tot de totale verkopen* (5.8.) en ten tweede de *invloed van de inputs op kosten en differentiatie*. In 1985 gaat hij niet verder op de inhoud van deze determinanten in en een eenduidige uitleg wordt niet gegeven. We laten deze determinanten daarom buiten het model.

Op grond van de bovenstaande bespreking ontstaat dan het volgende rijtje van determinanten ten aanzien van de onderhandelingsmacht van aanbieders dat in deze studie gebruikt zal worden:

Figuur 2.9 Onderhandelingsmacht van aanbieders

- | | |
|-----|--|
| 5.1 | relatieve concentratie van aanbieders versus afnemers |
| 5.2 | substituten |
| 5.3 | belang van de afnemer (in prijs en/of volume) voor de aanbieder |
| 5.4 | belang van het produkt voor de afnemer als <i>input</i> |
| 5.5 | differentiatie |
| 5.6 | overstapkosten van aanbieders in verhouding met die van afnemers |
| 5.7 | vermogen tot voorwaartse integratie |

Het resultaat van de samenvoeging van de beide modellen van Porter is een model met 45 determinanten. Dit model is weergegeven in Bijlage 1.

Weergave van de resultaten van de analyse van de concurrentie

In deze paragraaf zijn Porter's modellen uit 1980 en 1985 samengevoegd, om in hoofdstuk 3 gebruikt te worden als instrument voor de analyse van de concurrentiële structuur in de geneesmiddelensector. In hoofdstuk 3 worden daarmee voor zowel producenten van geneesmiddelen, groothandelaren als apothekers analyses op het *industry*-niveau gemaakt, waarbij de krachten, die de intensiteit van de concurrentie bepalen, centraal staan.

Bij de manier waarop in deze studie de resultaten worden samengevat en weergegeven in hoofdstuk 3 is de volgende toelichting noodzakelijk.

- 1) Uitgangspunt bij de weergave van de resultaten vormen de samenvattende figuren van de analyse van de intensiteit van de concurrentie voor elke onderzochte *industry*, respectievelijk voor producenten van geneesmiddelen, groothandelaren en apothekers (de figuren 3.9, 3.17 en 3.24 in hoofdstuk 3).
- 2) Het concurrentiekrachtenmodel van Porter [1980 en 1985] kent vijf concurrentiekrachten, waarvan de determinanten de intensiteit van de concurrentie bevorderen c.q. verhogen (aangeduid als con +) of verminderen c.q. verlagen (aangeduid als con -). In de samenvattende figuren van de resultaten van de analyse per *industry* staan de determinanten die de intensiteit van de concurrentie verlagen steeds links in de figuren (con -), terwijl rechts de determinanten staan die de intensiteit van de concurrentie verhogen (con +).

- 3) De indeling van determinanten in con - of con + per concurrentiekracht gebeurt daarbij zoals weergegeven in tabel 2.1, gebaseerd op hetgeen eerder in deze paragraaf besproken is.

Tabel 2.1 De intensiteit van de concurrentie per concurrentiekracht

		De intensiteit van de concurrentie wordt	
		verlaagd (con -) door:	verhoogd (con +) door:
K1	Potentiële toetredingen	bestaan van entree-barrières	ontbreken van entree-barrières
K2	Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten	ontbreken van het resultaat van de werking van verschillende interacterende determinanten	resultaat van de werking van verschillende interacterende determinanten
K3a	Dreiging van substituten (produktniveau)	ontbreken van producten die eenzelfde functie vervullen	bestaan van producten die eenzelfde functie vervullen
K3b	Dreiging van substituten (functieniveau)	ontbreken van alternatieven voor respectievelijk de groot-handels- en apothekersfunctie	bestaan van alternatieven voor respectievelijk de groot-handels- en apothekersfunctie
K4	Onderhandelingsmacht van afnemers (1)	bestaan van omstandigheden – al dan niet in combinatie – (marktmacht) in het voordeel van de afnemers zelf	bestaan van omstandigheden – al dan niet in combinatie – (marktmacht) in het voordeel van hun aanbieders
K5	Onderhandelingsmacht van aanbieders (2)	bestaan van omstandigheden – al dan niet in combinatie – (marktmacht) in het voordeel van de aanbieders zelf	bestaan van omstandigheden – al dan niet in combinatie – (marktmacht) in het voordeel van hun afnemers

- (1) Voor de producenten van geneesmiddelen is de vierde concurrentiekracht 'de onderhandelingsmacht van producenten als afnemers' niet onderzocht.
- (2) Voor apothekers is de vijfde concurrentiekracht 'de onderhandelingsmacht van apothekers als aanbieders' niet in de analyse meegenomen. Deze keuzes worden in hoofdstuk 3 toegelicht (zie paragraaf 3.1.4).

- 4) Op basis van de indeling van deze tabel wordt in hoofdstuk 3 voor respectievelijk producenten, groothandelaren en apothekers apart weergegeven hoe

de intensiteit van de concurrentie per concurrentiekracht ingevuld wordt. De determinanten uit de samenvattende figuren 3.9, 3.17 en 3.24 in hoofdstuk 3 worden daarvoor geteld en met behulp van deze tellingen kunnen percentages berekend worden (voor de weergave daarvan zie de tabellen 3.8, 3.12 en 3.17 in hoofdstuk 3). Naast het weergeven van de intensiteit van de concurrentie op het niveau van elk van de onderzochte *industries*, biedt dit ook de mogelijkheid om samen te vatten welke delen van het concurrentiekrachtenmodel in deze studie gebruikt worden. Het is belangrijk om bij deze weergave van resultaten in percentages goed in de gaten te houden dat in de uitkomsten hiervan geen rekening gehouden wordt met de onderlinge samenhang of overlap van determinanten of met de relatieve bijdrage van determinanten als verklarende elementen van een concurrentiekracht. Bij het geven van indicaties voor de intensiteit van de concurrentie in deze studie, wordt er dus vanuit gegaan dat elke determinant hetzelfde gewicht heeft (dezelfde relatieve bijdrage als verklarend element van de concurrentiekracht in kwestie) en dat de determinanten binnen een concurrentiekracht onderling onafhankelijk zijn.

Een voorbeeld: voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen, worden in het kader van de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van producenten en aanbieders (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.2.4) vijf determinanten gebruikt bij de analyse, waarvan er een 'links' en vier 'rechts' staan. De links geplaatste determinanten verlagen de intensiteit van de concurrentie en de rechts geplaatste determinanten verhogen de intensiteit van de concurrentie. In het kader van het hier gebruikte voorbeeld staat 20% van de in het kader van deze analyse gebruikte determinanten links in het model en 80% rechts (zie tabel 3.8), waardoor de conclusie luidt dat 20% van de gebruikte determinanten bijdraagt aan het verlagen van de intensiteit van de concurrentie, terwijl 80% van de gebruikte determinanten bijdraagt aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie. Hierbij wordt steeds gesproken over *gebruikte* determinanten. Onder aandachtspunt 6) wordt hierop nader ingegaan.

- 5) Uit de hierboven gemaakte onderscheiding volgt dat op het niveau van de elke *industry* concurrentiekrachten de intensiteit van de concurrentie kunnen verhogen of verlagen, waarbij gesteld zou kunnen worden dat wanneer meer dan 50% van de gebruikte determinanten 'links staat' die concurrentiekracht voornamelijk bijdraagt aan het verlagen van de intensiteit van de concurrentie, terwijl een situatie waarin meer dan 50% van de gebruikte determinanten 'rechts staat' betekent dat die concurrentiekracht voornamelijk bijdraagt aan het verhogen van de intensiteit van de concurrentie. Daarbij wordt echter voorbijgegaan aan de mogelijkheid dat een concurrentiekracht geen eenduidige invloed heeft op de intensiteit van de concurrentie. Deze situatie, waarbij de determinanten binnen één concurrentiekracht een zekere balans vormen ten aanzien van een bijdrage aan zowel het verhogen als verlagen van de intensiteit van de concurrentie komt in het onderzoek voor, zoals zal blijken in hoofdstuk 3. In dit onderzoek is er daarom gekozen voor het gebruik van drie aanduidingen bij de benoeming van de gevonden percentages. Om te concluderen dat een concurrentiekracht bijdraagt aan respectievelijk een

verlaging danwel verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen een *industry*, wordt er vanuit gegaan dat minstens 60% van de gebruikte determinanten respectievelijk 'links' danwel 'rechts' dient te staan. Met andere woorden, om de aanduiding van een werking in een bepaalde richting (verlagend of verhogend) te kunnen geven, moet het percentage gebruikte determinanten in die richting op z'n minst anderhalf keer zo groot zijn als het percentage gebruikte determinanten dat in tegenovergestelde richting bijdraagt aan de intensiteit van de concurrentie. In tabel 2.2 worden de aanduidingen die in deze analyse gebruikt worden weergegeven.

Tabel 2.2 Gebruikte aanduidingen bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie

Wanneer het percentage determinanten 'links' (con -):	Wanneer het percentage determinanten 'rechts' (con +):	
kleiner is dan 40%	groter is dan 60%	wordt de intensiteit van de concurrentie hoger
groter of gelijk is aan 40% en kleiner of gelijk is aan 60%		dan is het effect op de intensiteit van de concurrentie niet eenduidig
groter is dan 60%	kleiner is dan 40%	wordt de intensiteit van de concurrentie lager

Uitdrukkelijk wordt erop gewezen, dat het hier een eerste kwalitatieve en verkennende analyse betreft, die niet beschouwd moet worden als een poging tot kwantificering van de afzonderlijke determinanten binnen de corresponderende concurrentiekrachten. Evenmin is beoogd om de relatieve invloed per concurrentiekracht op de intensiteit van de concurrentie in de *industry* te kwantificeren, zo dat überhaupt mogelijk zou zijn. Hier is volstaan met de indicatie +, - en \pm om aan te geven dat er respectievelijk sprake is van een positieve, een negatieve en een niet eenduidige invloed van een concurrentiekracht.

Met deze eerste, kwalitatieve en verkennende analyse van de drie *industries* wordt gepoogd een eerste indicatie te krijgen, van welke van de concurrentiekrachten een dominante invloed uitgaat op het vergroten van de intensiteit van de concurrentie in de drie aan elkaar gerelateerde *industries* van producenten, groothandelaren en apothekers.

De met deze benadering verkregen resultaten hebben betrekking op de tijdsperiode waarover in hoofdstuk 1 al gesproken is. Idealiter zou de hier gebruikte methode bijvoorbeeld om de vijf jaar in de periode 1980-1990 kunnen zijn toegepast en de op grond daarvan naar voren komende ontwikkelingen nader geanalyseerd. In deze studie is evenwel gewerkt met een analyse die globaal betrekking heeft op de periode 1986-1992. De ont-

wikkelingen die in deze periode plaatsvonden per determinant, zijn bepalend geweest voor de indicatie omtrent de invloed op de intensiteit van de concurrentie.

In dit verband is het van groot belang om te benadrukken dat gezien de complexiteit van de geanalyseerde *industries* en het verkennende karakter van de analyse, de schatting van de invloed per determinant en concurrentiekracht op de intensiteit van de concurrentie omgeven is met de nodige onzekerheid. Het is dan ook bepaald niet uitgesloten, dat een herhaling van dit onderzoek, waarbij gebruik gemaakt wordt van dezelfde analysemethode en de daarbij gebruikte veronderstellingen maar waarbij daarnaast ook aanvullend empirisch materiaal wordt gebruikt, tot op onderdelen enigszins gewijzigde of meer genuanceerde indicaties wordt gekomen. Daarnaast zou in vervolgonderzoek de invloed van enkele belangrijke in deze studie gemaakte veronderstellingen kunnen worden geanalyseerd, bijvoorbeeld die waarin eenvoudshalve verondersteld is dat alle beschouwde determinanten van een concurrentiekracht een zelfde invloed uitoefenen op die kracht. De hier gemaakte kanttekeningen geven aan dat de in dit onderzoek gepresenteerde resultaten niet los gezien kunnen worden van het analysekader waarmee deze resultaten zijn verkregen.

- 6) Hiervoor is al steeds gesproken over (aantallen en percentages) determinanten die *gebruikt* zijn bij de analyse, hetgeen impliceert dat er ook determinanten niet gebruikt worden in dit onderzoek. In de analyse op het niveau van de drie *industries* zullen in hoofdstuk 3 in de bespreking per determinant per concurrentiekracht keuzes gemaakt om bepaalde determinanten niet te gebruiken in de analyse. Deze keuzes worden in hoofdstuk 3 steeds bij de bespreking per concurrentiekracht toegelicht.

De keuze om een bepaalde determinant niet te gebruiken komt voort uit een empirisch oordeel met betrekking tot de vraag of de determinant in kwestie van toepassing is ('werking heeft') binnen de onderzochte *industry*.

Een voorbeeld: Bij de bespreking van de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen voor producenten van geneesmiddelen wordt de determinant overheidsbeleid niet ingedeeld (zie paragraaf 3.2.1). Reden hiervoor is de bevinding dat het overheidsbeleid op zich niet bijgedragen heeft aan het vormen van entree-barrières in het voordeel van bestaande concurrenten, noch gericht is geweest op het wegnemen van bestaande entree-barrières. De determinant overheidsbeleid is daarom niet van toepassing i.c. werkt niet als entree-barrière binnen de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen voor producenten en is derhalve niet in de con +, noch in de con - kolom in te delen.

Het resultaat van de onderscheiding tussen gebruikte en niet gebruikte determinanten maakt het mogelijk om op het niveau van elke onderzochte *industry*, uitgaande van hoeveel determinanten het model per concurrentiekracht telt en hoeveel daarvan bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie op het niveau van respectievelijk de producenten, groot-handelaren en apothekers gebruikt worden in de analyse, weer te geven welk deel van het model gebruikt is in percentages.

Een voorbeeld: voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen zijn in het kader van de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen 12 determinanten in het model beschikbaar (zie Bijlage 1). Daarvan worden er 6 gebruikt in de analyse (zie figuur 3.9), een percentage van 50% (zie tabel 3.8). Bij deze berekeningen wordt er, zoals al gezegd, van uitgegaan dat alle determinanten hetzelfde gewicht hebben (dezelfde relatieve bijdrage als verklarend element van de concurrentiekracht in kwestie) en dat de determinanten binnen een concurrentiekracht onderling afhankelijk zijn. Toch kan dit gebruikt worden als een indicatie voor de benutting c.q. reikwijdte van het concurrentiekrachtenmodel voor onderzoek in de geneesmiddelensector, waarbij met name de 'benuttingspercentages' in een vergelijking van de drie onderzochte industries interessant zijn. In hoofdstuk 1 (zie paragraaf 1.1) werd er immers vanuit gegaan dat het concurrentiekrachtenmodel ook voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie op het niveau van groothandelaren in geneesmiddelen en apothekers te gebruiken is. Een indicator daarvoor kan verkregen worden door vergelijking van 'benuttingspercentages' van het model voor de drie onderzochte industries. Voor de analyse met betrekking tot de industries van groothandelaren en apothekers zullen deze percentages dan niet (veel) lager mogen liggen dan het percentage determinanten dat benut wordt bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen.

Bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie op het *industry* niveau wordt gebruik gemaakt van een analysemodel met 45 determinanten. Wanneer tijdens de analyse blijkt dat in de ene *industry* 36 determinanten (80%) en in een andere *industry* 18 determinanten (40%) gebruikt worden i.c. van toepassing zijn in de zin die hiervoor toegelicht is, dan wordt aangenomen dat het model in z'n geheel als instrument voor analyse beter voldoet voor de *industry* waarin 80% ervan gebruikt wordt. Daarnaast zijn redelijk vergelijkbare 'benuttingspercentages' voor alle drie de onderzochte industries van belang voor de onderlinge vergelijkbaarheid van de resultaten van de analyse tussen de die industries.

In de laatste paragraaf van hoofdstuk 3, paragraaf 3.6, zal nader ingegaan worden op de reikwijdte van het concurrentiekrachtenmodel in het kader van dit onderzoek.

2.2.2 Naar een zesde concurrentiekracht: invloed van belangengroeperingen

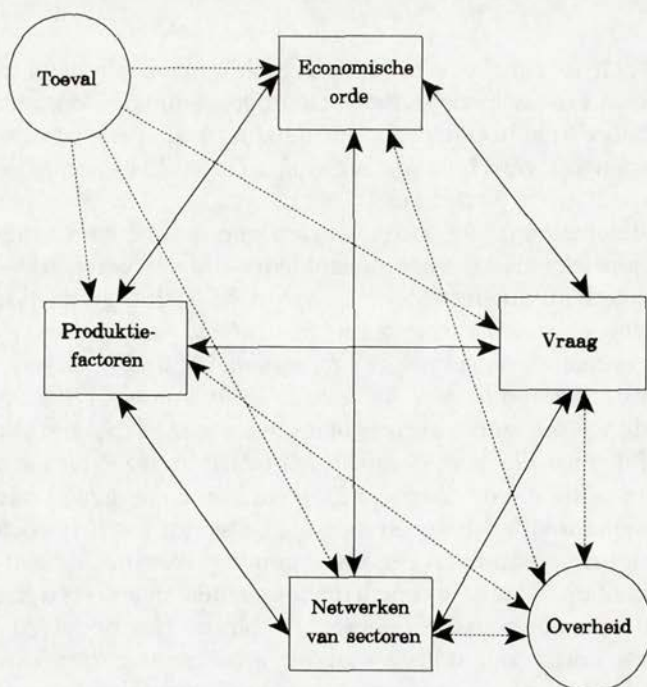
Zoals in hoofdstuk 1 al gezegd is, zal in deze studie een model met zes concurrentiekrachten gebruikt, dat in dit hoofdstuk gebouwd wordt op de basis van het model van concurrentiekrachten van Porter [1980, 1985]. De hypothese die hierbij centraal staat, luidt dat belangengroeperingen een belangrijke rol spelen bij de totstandkoming van strategie in de geneesmiddelensector. Als deze hypothese in deze studie ondersteund kan worden (in deze studie specifiek toegepast op de geneesmiddelensector), dan is een aanpassing van het model van Porter – van vijf

naar zes concurrentiekrachten – gewenst, mogelijk ook voor het onderzoek in andere sectoren.

Porter noemt zelf in zijn boek uit 1980 eigenlijk maar één actor op een hoger niveau dan het niveau van de individuele ondernemingen: de overheid, die hij daarbij vooral als één geheel lijkt op te vatten, in plaats van een verzameling van overheidsorganen op verschillende niveaus en met diverse functies. Het overheidsbeleid wordt door Porter [1980:28-29], zoals te zien is in paragraaf 2.2.1, genoemd als determinant van entree-barrières en de overheid fungeert, volgens hem, in veel *industries* als afnemer en aanbieder en heeft een sterke mogelijkheid om de *industry* te beïnvloeden. Maar: *'For purposes of strategic analysis it is usually more illuminating to consider how government affects competition through the five competitive forces than to consider it as a force in and of itself. However, strategy may well involve treating government as an actor to be influenced'* [Porter 1980:29]. Nog afgezien van de weinig sterke argumentatie waarmee Porter zijn standpunt naar voren brengt (*'it is usually more illuminating'*) wordt in deze studie nadruk gelegd op de speciale positie die de overheid inneemt binnen de geneesmiddelensector, een positie die qua invloedsbasis en mogelijkheden tot machtsuitoefening onvergelijkbaar is met de positie van een onderneming. Natuurlijk heeft de overheid ook invloed via of op de andere concurrentiekrachten, maar een wederzijdse beïnvloeding geldt voor alle concurrentiekrachten binnen het model. Als de overheid daarnaast, zoals Porter zelf stelt, wel als separate actor gezien kan worden die men kan beïnvloeden, dan is het logisch gevolg daarvan dat de overheid ook een aparte actor gezien wordt die potentiële invloed heeft. Verder is het beeld van de overheid in dit kader van belang. Zoals al gezegd is, ziet Porter de overheid sterk als een samenhangend geheel. Deze studie gaat ervan uit dat de overheid niet bestaat, maar dat diverse – elkaar soms tegenwerkende – organen de overheid vormen. Beter is het dan zelfs om te spreken van overheden, in de betekenis van verschillende actoren met (eigen) strategische doeleinden.

Ook in zijn boek uit 1990 waarin concurrentie op internationaal niveau centraal staat maakt Porter ten aanzien van de plaatsing van overheden in zijn model – *Determinants of National Advantage* [1990a:127] – eenzelfde keuze: *'It is tempting to make government the fifth determinant (of national competitive advantage:hs). Yet this is neither correct nor the most useful way to understand government's role in international competition'* [Porter 1990:126]. De rol van de overheid is volgens hem terug te vinden in het beïnvloeden van de vier determinanten uit het model, dat er uitziet als in figuur 2.10.

Figuur 2.10 *Determinants of National Advantage* [Porter 1990a:127, Jacobs c.s. 1990a:18]



Vanzelfsprekend zou deze redenering ontkracht worden als aangetoond zou kunnen worden dat de overheid (internationale) concurrentie beïnvloedt, anders dan via de determinanten met betrekking tot de factorvoordelen (Porter: *Factor Conditions*), het ondernemersklimaat, door Jacobs c.s. (1990a:18) economische orde genoemd (Porter: *Firm Strategy, Structure and Rivalry*), de nationale vraag (Porter: *Demand Conditions*) en de clusters en netwerken van sectoren (Porter: *Related and Supporting Industries*). Dit valt echter buiten de doelstelling van deze studie. Voor de behandeling van de vraag of 'overheid' als een vijfde kracht gezien moet worden binnen Porter's model van de '*Competitive Advantage of Nations*' wordt verwezen naar Van den Bosch en De Man [1994]. Van belang voor deze studie is vooral dat deze auteurs concluderen dat Porter met name de rol van de overheid analyseert op een macro-niveau. Des te meer overheidsbeleid gericht op het meso- en microniveau (en dus bijvoorbeeld op een bepaalde sector, zoals de geneesmiddelensector), des te directer de invloed van de overheid is in het model van de determinanten van *National Advantage* en: '*the less the government can be treated as an outside factor*' [Van den Bosch en De Man 1994:56]. Naast of eigenlijk voorafgaand aan deze conclusie stellen Van den Bosch en De Man dat het idee van een afnemende rol van de overheid niet onomkeerbaar samenhangt met een *industry*-levenscyclus: '*Where in some industries this role may decline, in others it may be decisive*' [Van den Bosch en De Man 1994:56]. Dit impliceert dat de overheid afwisselend meer en minder macht kan uitoefenen, ook los van de ontwikkelings-

fase van de *industry*, en daarmee dus als een aparte factor gezien zou moeten worden.

Hier wordt nogmaals gekeken naar de formulering van Porter met betrekking tot de invloed van de overheid op de positie van het nationale concurrentiepotentieel: '*Government has an important influence on national competitive advantage, though its role is inevitably partial. Government policy will fail if it remains the only source of national competitive advantage*' [Porter 1990a:128]. De constatering dat de invloed van de overheid – te lezen als *de overheden*, zoals al aangeven is – gedeeld is met andere actoren is vanzelfsprekend omdat er in de diverse marktsectoren nu eenmaal verschillende actoren aanwezig zijn. Het feit dat de overheid slechts een gedeeltelijke invloed heeft, is op zich niet voldoende om de overheid uit te sluiten als aparte determinant. Uit het model volgt immers dat alle andere determinanten ook (slechts) een gedeeltelijke invloed hebben. Dat in het model van deze studie overheden als aparte actoren gezien worden bij de analyse van de geneesmiddelensector is al overduidelijk aan de orde geweest.

Naast de overheid zijn echter nog meer actoren op een hoger niveau dan dat van de individuele onderneming – in ieder geval in de geneesmiddelensector – aanwezig, waarbij bijvoorbeeld gedacht kan worden aan de belangengroeperingen van producenten. In zijn boek uit 1980 komt Porter zelf niet verder dan dat hij spreekt over groepen van aanbieders en afnemers. In zijn boek uit 1990 gaat hij wel in op netwerken, maar dan in het verband van clusters van sectoren. Binnen de *Industrial Organization*, een stroming waarvan Porter deel uit maakt (zie paragraaf 2.1.2), zijn wel andere benaderingen te vinden.

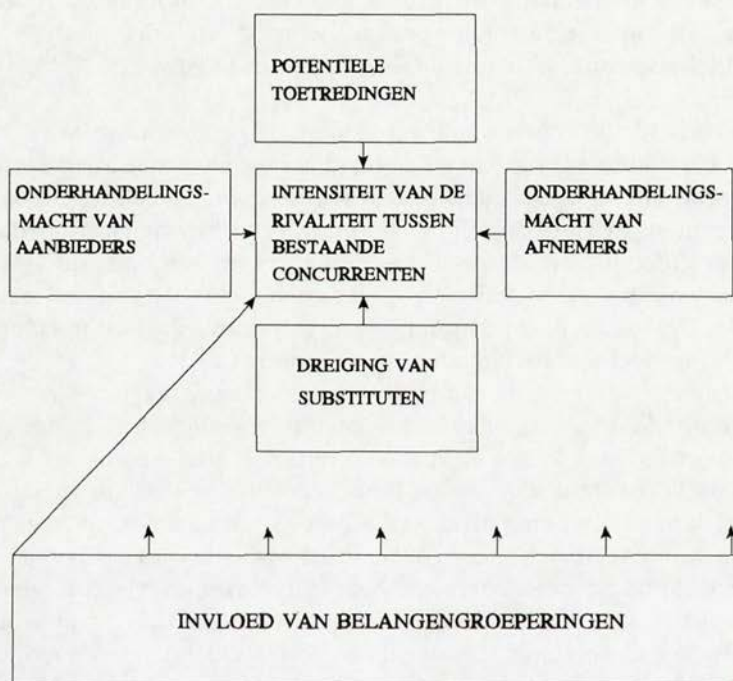
Concentratiegraad aan de aanbod- en aan de vraagzijde zijn belangrijke structuurkenmerken van de *Industrial Organization* benadering. In dat kader kan gesproken worden over zaken als formele collusie (kartels) en de organisatie van de zogenaamde *countervailing power*. Binnen de *Industrial Organization*-stroming richt men zich met betrekking tot concentratie bijvoorbeeld ook op de gevaren van de toename van marktmacht door concentratie en de daaruit voortvloeiende verhoging van de kans op samenspannend gedrag (collusie). Het begrip *countervailing power* verwijst naar een uitlokking van marktmacht aan de vraagzijde van de markt, tegenover de economische macht aan de aanbodzijde van de markt. Marktresultaten kunnen in dit verband sterk afhangen van onderhandelingen tussen (groepen van) aanbieders en afnemers. In hoofdstuk 3 zullen we dit begrip overigens nog tegenkomen als er gesproken wordt over de vraagzijde van de geneesmiddelensector.

Porter beperkt zich echter, zoals hiervoor al gezegd is, vooral tot de strategie van de (individuele) onderneming. Hij stelt dat een bepaalde concentratie van concurrenten (vele concurrenten en een situatie waarin concurrenten sterk overeenkomen in termen van grootte en middelen, zie paragraaf 2.2.1) leidt tot instabiliteit en intensieve rivaliteit, als gevolg van een ondoorzichtige *industry* en het ontbreken van dominante posities, waardoor disciplinaire en gecoördineerde actie bemoeilijkt wordt. Porter is minder geïnteresseerd in gevolgen van een bepaalde concentratie voor de vraagzijde van de markt, centraal blijft voor hem

in dit kader het optimaliseren van de concurrentiestrategie van de individuele onderneming. Hij stelt zich tot doel op basis van analyseschema's aanbevelingen te doen, hoe ondernemingen op korte en langere termijn zo goed mogelijk presteren i.c. zo winstgevend mogelijk kunnen zijn.

In de geneesmiddelensector blijken er binnen de drie onderzochte *industries* en bij de andere in de geneesmiddelensector geïstitutionaliseerde vormen van een (gezamenlijke) belangenbehartiging te bestaan – boven het niveau van de individuele onderneming (zie hoofdstuk 1, figuur 1.3 en 1.4 en hoofdstuk 4). Gezien de voorgaande discussie wordt daarom gewerkt met een model met zes concurrentiekrachten, dat er als volgt uitziet:

Figuur 2.11 Model met zes concurrentiekrachten



Belangengroeperingen hebben een (potentiële) invloed op de besluitvorming in de geneesmiddelensector. In deze studie wordt naar voren gebracht dat de overheid en andere belangengroeperingen naast hun invloed via de vijf door Porter genoemde concurrentiekrachten ook als aparte kracht invloed hebben op de geneesmiddelensector. Dit betekent dat in deze studie gezocht wordt naar de *indirecte* invloed van deze belangengroeperingen via de andere vijf concurrentiekrachten en naar de *directe* invloed van de belangengroeperingen op de intensiteit van de concurrentie. In figuur 2.11 is de indirecte invloed aangegeven

met de korte niet verbonden pijltjes en de directe invloed met de verbonden pijl die aansluit op de kern van het model.

De zogenaamde zesde concurrentiekracht, in de aangepaste versie van het model van Porter dat in deze studie gebruikt zal worden, bestaat dan uit de invloed van belangengroeperingen waartoe ook de overheid, in de betekenis van diverse overheden, gerekend zal worden.

Een onderzoeksmodel voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie in de geneesmiddelensector is in paragraaf 2.2.1 opgesteld, op basis van het model van vijf concurrentiekrachten van Porter. Voor de analyse van de zesde concurrentiekracht is het echter ook noodzakelijk om de determinanten van de invloed van belangengroeperingen in te vullen. Daarbij wordt hier uitgegaan van de meest simpele onderverdeling van invloedsfactoren (gerelateerd aan de wijze waarop invloed tot stand komt), waardoor concurrentiekracht zes er als volgt uitziet:

Figuur 2.12 Invloed van belangengroeperingen

6.1	macht
6.2	gezag
6.3	legitimiteit

Met deze indeling gaat Dahl [1969] ervan uit dat invloed een relationeel begrip is, hetgeen ook bij de andere in dit onderzoek gebruikte begrippen aansluit. Bij de drie genoemde determinanten, die elk een manier vormen waarop invloed tot stand kan komen, kunnen drie verschillende basisrelaties worden onderscheiden: 1) een relatie met de mogelijkheid te sanctioneren (macht en in het uiterste geval dwang); 2) een relatie waarin overtuigd wordt zonder machtsuitoefening (gezag); 3) een gehoorzaamheidsrelatie op basis van wetten of andere afspraken (toegerekende legitimiteit).

Met het geven van het volledige model met zes concurrentiekrachten wordt deze paragraaf afgesloten. In de volgende paragraaf zal eerst een vergelijking gemaakt worden tussen de farmaceutische sector en andere sectoren, met behulp van het model met vijf concurrentiekrachten, vooral gericht op het weergeven van die punten waarop de geneesmiddelensector onvergelijkbaar is met andere sectoren. Deze paragraaf dient met name als voorbereiding op hoofdstuk 3 waarin de intensiteit van de concurrentie centraal staat, zonder de zesde concurrentiekracht, die eerst in hoofdstuk 4 aan de orde komt. In de volgende paragraaf zal deze dan ook (nog) niet aan de orde komen.

2.3 EEN VERGELIJING VAN SECTOREN

In deze paragraaf wordt op basis van het in de vorige paragraaf beschreven model van elementen van industriestructuur een vergelijking gemaakt op Europees niveau tussen de geneesmiddelensector en een aantal andere Europese

industriesectoren: de voedings- en genotmiddelenindustrie, de industrie voor huishoudelijke apparatuur, de telecommunicatie-industrie en de automobielenindustrie. Deze paragraaf dient als een eerste inleiding op kenmerken van de farmaceutische sector, waarbij door de vergelijking met andere sectoren verschillen en overeenkomsten met andere sectoren aan de orde komen. De keuze voor de sectoren die in deze paragraaf aan de orde komen is deels afhankelijk van de beschikbaarheid van literatuur maar wordt vooral bepaald door het uitgangspunt dat in de vergelijking voldoende de belangrijkste overeenkomsten en met name de verschillen tussen de geneesmiddelensector en de andere sectoren naar voren komen. Deze tekst heeft dan ook niet de pretentie in enigerlei mate uitputtend te zijn. De bespreking van de sectoren gaat uit van het Europese niveau, dat wil zeggen de landen van de Europese Unie. Bij de vergelijking wordt aan het feit dat de sectoren sterk verschillen met betrekking tot de verdeling over de diverse landen, grootte en mogelijke indeling in sub-sectoren danwel hoofdsectoren geen aandacht geschonken, tenzij dat uitdrukkelijk nodig is voor het goed verstaan van de tekst. Na een korte introductie van de sectoren worden de concurrentiekrachten aan de orde gesteld en deze paragraaf wordt afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste conclusies in een overzichtsschema.

2.3.1 Een introductie van sectoren op Europees niveau

De farmaceutische industrie is sterk internationaal georiënteerd. Veel bedrijven passen in een multi-nationale structuur, niet alleen in de vorm van import-firma's in de landen waarheen geëxporteerd wordt, maar ook in de vorm van buitenlandse productiebedrijven [De Wolf 1988:217]. De voedsel-, dranken- en tabaksindustrie (de industrie voor voedings- en genotmiddelen) is qua omvang een veel belangrijker industrie in de Europese Unie dan de farmaceutische industrie. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat van het totaal aantal banen in de Europese industrie (ruim 20 miljoen), er ongeveer twee miljoen mensen in deze sector(en) werken. Wel spelen ook in deze sector grote (multi-nationale) bedrijven een cruciale rol in de groei van de industrie op haar markten over de gehele wereld [Linda 1988:127]. De Europese industrie voor huishoudelijke (elektrische) apparatuur wordt gekenmerkt door zowel perioden van (oligopolistische) stabiliteit als door perioden van turbulentie. Een turbulentie die meistens veroorzaakt wordt door de entree van nieuwe producenten – of nieuwe relaties tussen producenten – die de dan geldende regels op de markt(en) drastisch veranderen [Bianchi en Forlai 1988:294].

Ook sterk dynamisch dat wil zeggen aan veranderingen onderhevig, maar vanuit een geheel andere achtergrond, is de Europese telecommunicatie-industrie. Sinds het midden van de 70'er jaren ondergaat de telecommunicatie-industrie snelle veranderingen. Deze eerst zo stabiele sector wordt door Roobeek [1988:297] gekarakteriseerd als zeer dynamisch terwijl hij boven-gemiddelde groeicijfers kent. Deze verandering komt voort uit enerzijds technologische ontwikkelingen en anderzijds heeft ook de privatisering van de daarvoor meestal (monopolistische)

staatsbedrijven ook tot een meer dynamisch (in dit geval ook concurrerend) karakter bijgedragen. De internationalisatie van de telecommunicatie-industrie in het afgelopen decennium maakt het overigens moeilijk om een werkelijk Europese industrie te isoleren. Eigenlijk kan men geografisch beter van een OECD-sector spreken. Dit gebied vormt de belangrijkste markt op de wereld. De gemiddelde groei van de telecommunicatie-industrie in het OECD-gebied is ongeveer 8% per jaar, ruim twee keer zoveel als de gemiddelde groei van de snelst groeiende geïndustrialiseerde economieën. Voor een studie die met name gericht is op de liberalisatie, privatisering en regelgeving met betrekking tot de (Nederlandse) telecommunicatie wordt verwezen naar Hulsink [1993]. Tot slot is nog een opmerking over de onderverdeling van de telecommunicatiesector van belang. Deze kan onderverdeeld worden in leveranciers van telecommunicatie en fabrikanten van apparatuur. De dienstensector is nog steeds sterk nationaal georiënteerd, terwijl de dienstverlenende bedrijven wel steeds meer gebruik maken van de groeiende concurrentie fabrikanten om apparatuur – bijvoorbeeld centrales – te kopen [Roobeek 1988:297-305]. In het raam van deze paragraaf wordt de dienstensector verder buiten beschouwing gelaten. Als de belangrijkste kenmerken van de Europese automobieliindustrie kunnen hier dan nog de grootschalige productie, een grote mate van differentiatie en een intensieve concurrentie genoemd worden [Berg 1988:245-246].

2.3.2 Potentiële toetredingen

Farmaceutische produkten kunnen in vele vormen verkocht worden, waarbij vooral gedacht kan worden aan de verscheidenheid van toedieningsvormen. Speciale toedieningsvormen kunnen medisch noodzakelijk zijn of sterke voordelen opleveren voor de patiënt/consument – zoals bijvoorbeeld bij diabetici de vervanging van injecties met een kraspen – maar sommige produktvormen en doseringen dragen niet of nauwelijks bij aan het verbeteren van een therapie. Het gaat in deze gevallen meer om produktdifferentiatie die gebruikt wordt als een vorm van produktpromotie, gericht op de voorschrijvende artsen. Produktdifferentiatie kan in combinatie met verkooppromotie gebruikt worden door gevestigde bedrijven om in een markt een hogere prijs te vragen voor een onveranderde chemische entiteit met eenzelfde therapeutische waarde [De Wolf 1988:218-219].

De bedrijven in de voedsel- en genotmiddelensector produceren niet zozeer sterk gedifferentieerde alswel sterk gediversificeerde (ongelijksoortige) produkten, maar staan daarbij tevens voor hoge promotiekosten. Daarom is het voor hen van belang om grote verkoopvolumes te halen om te kunnen profiteren van bijvoorbeeld schaalvoordelen. De enorme vaste kosten kunnen dan over grote aantallen verspreid worden [Linda 1988:136].

Schaalvoordelen spelen overigens in meerdere industrieën een belangrijke rol, zo hebben in de industrie voor huishoudelijke apparatuur een serie fusies en interne (re)organisaties de bedrijven in deze sector in staat gesteld om gedifferentieerde produkten – waarbij differentiatie van produkten een overeenkomst met farma-

ceutische industrie is — op hoge produktieniveau's aan te bieden in een poging om onder andere schaalvoordelen optimaal te benutten [Bianchi en Forlai 1988:295].

Eén van de belangrijkste punten waarin de farmaceutische industrie afwijkt van de andere in deze paragraaf genoemde sectoren is de (mate van) van — en misschien ook de aard van — de loyaliteit (in de zin van merkentrouw van bijvoorbeeld artsen) ten opzichte van bepaalde produkten. Hetgeen ook veroorzaakt wordt door de bijzondere weg die het produkt van fabrikant naar consument aflegt, die onder andere gekenmerkt wordt door het feit dat de keuze voor een bepaald produkt door een tussenpersoon (de arts) gemaakt wordt. De loyaliteit (van voornamelijk artsen) ten opzichte van bepaalde merken is sterk binnen de farmaceutische sector. De promotie van produkten heeft immers ook via direct contact plaats, via de gecombineerde functie van voorlichter en vertegenwoordiger, die vervuld wordt door de artsenbezoeker. Daarnaast hebben artsen soms moeite met andere namen (bijvoorbeeld die van generieke produkten) dan die van de specialité's die zij al zo lang voorschrijven. Ook maken de zogenaamde *me-too* produkten dan ook vaak alleen maar een kans als ze door bekende en gevestigde bedrijven geïntroduceerd worden [De Wolf 1988:219].

In principe worden de entree-barrières in de geneesmiddelensector voornamelijk veroorzaakt door het bestaan van octrooien (op merkgeneesmiddelen), de lange periode die men nodig heeft voor onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen en de merkentrouw, waarover hierboven al gesproken is. Deze entree-barrières in de farmaceutische sector, waarbij dan ook nog de produkt-differentiatie en het hoge kostenniveau ten aanzien van verkooppromotie genoemd kunnen worden, vormen niet zozeer een probleem voor multi-nationale (grotere) bedrijven. De kleinere bedrijven — waaronder ook meestal de producenten van generica gerekend kunnen worden — kunnen zich zulke hoge uitgaven voor promotie en zoveel verschillende produktvormen niet veroorloven. Het enige voordeel van generica ten opzichte van merkprodukten is een lagere prijs in een markt die niet erg gevoelig is voor prijsverschillen tussen produkten als gevolg van specifieke karakteristieken aan de vraagzijde [De Wolf 1988:219].

Op zich zijn hoge entree-barrières geen bijzonder verschijnsel binnen industriële sectoren. De entree-barrières voor (nieuwe) fabrikanten op bepaalde (deel)markten binnen de voedsel- en drankensector(en) zijn ook erg hoog. Vooral ook omdat deze sector zeer innovatief is, zowel op het gebied van de produkt- als de procesinnovatie. Een nieuwe intreder dient op een drietal punten hoog te scoren: een concurrerende prijs, een hoge kwaliteit en enorme promotiekosten [Linda 1988:138]. Een vergelijkbare situatie treft men aan in de automobielenindustrie waar, zoals al gezegd is, een combinatie van schaalvoordelen, differentiatie en intensieve concurrentie een belangrijke rol speelt [Berg 1988:245-246].

Van de in deze paragraaf besproken industrieën is er eigenlijk maar één die er qua achtergrond en structuur enigszins buiten valt: de telecommunicatie-industrie. Deze industrie is van oudsher één van de sterkst gereguleerde industrieën in Europa. Tot voor kort genoten de van staatswege beheerste PTT's in veel Euro-

pese landen een monopoliepositie met betrekking tot het verkopen en leasen van apparatuur en het verlenen van diensten. De in de 80'er jaren in gang gezette privatisering en deregulering in de telecommunicatiesector verloopt voorzichtig en langzaam. De meeste Europese landen achten de PTT's van strategisch belang voor nationaal technologisch beleid, zodat van een sterke liberalisatie eigenlijk (nog) geen sprake is.

Door de sterk stijgende onderzoeks- en ontwikkelingskosten in de telecommunicatie-industrie zijn de nationale markten voor de meeste producenten van apparatuur eigenlijk te klein geworden om een minimaal niveau van verkopen (schaalvoordelen) te halen. De belangrijkste oorzaak van deze stijgende kosten voor onderzoek en ontwikkeling is de beschikbaarheid van nieuwe technologieën — vanuit bijvoorbeeld micro-electronica, digitalisatie en nieuwe transmissietechnieken (glasvezel e.d.) — voor de constructie van telecommunicatienetwerken en de ontwikkeling van multi-functionele terminals, samen te vatten als een overgang van een electro-mechanische naar een elektronische basis. Deze ontwikkelingen maken het noodzakelijk voor (nationaal georiënteerde) leveranciers om hun traditionele marktstrategieën aan te passen. Het wordt cruciaal om orders te krijgen van buiten de thuis-markt. Omdat echter bijna alle nationale fabrikanten van apparatuur in dezelfde positie zijn, kan de onderlinge competitie als zeer intens gekarakteriseerd worden. Daarnaast bestaat dan ook nog de complicerende factor dat de markt voor telecommunicatie sterk gepolitiseerd is, niet alleen omdat regeringen graag de eigen telecommunicatie-industrie graag gezond zien en er historisch sterke banden bestaan, maar ook omdat nationale producenten vaak apparatuur voor defensie leveren [Roobeek 1988:298 en 300].

2.3.3 De intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten

De farmaceutische sector heeft, aldus De Wolf [1988:219], een sterk internationaal karakter, waarin multi-nationale ondernemingen een belangrijke rol spelen. De uitgaven voor verkooppromotie zijn hoog (15-25%) door onder andere de directe, intensieve en daardoor kostbare benadering van artsen. De introductie van een nieuw produkt betekent meestal het moeten breken van de merk-loyaliteit ten opzichte van een ander produkt. Hoge uitgavenniveaus voor promotie zijn dan ook al nodig voor het behouden van marktaandeelen. De uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling zijn ook hoog te noemen in de farmaceutische sector, hoewel toch relatief weinig bedrijven innovatief te noemen zijn, in de zin van het regelmatig op de markt brengen van produkten met een nieuwe chemische entiteit [De Wolf 1988:219-221].

Omdat het consumptieniveau van geneesmiddelen niet onderhevig is aan drastische veranderingen — dat kan eigenlijk alleen maar gebeuren bij revolutionair nieuwe geneesmiddelen, zoals bijvoorbeeld het vinden van een middel dat een immuniteit voor het AIDS-virus tot stand zou kunnen brengen — is de farmaceutische sector redelijk stabiel te noemen en kent zij in het algemeen een regelmatige (bescheiden) volumegroei.

De Europese sector voor huishoudelijke apparaten kan voor de periode 1945-1987 gedefinieerd worden als een oligopolie, in perioden van relatieve stabiliteit, die afgewisseld worden met turbulente perioden waarin regels gebroken worden en nieuwe dominante relaties ontstaan. In de zogenaamde tweede stabiele periode (1970-1982) zijn bepaalde factoren verantwoordelijk voor de stabiele structuur in de industrie. Ten eerste is er een vermindering van het groeicijfer van de vraag naar traditionele produkten (koelkasten, wasmachines e.d.) op de Europese markt, maar tegelijkertijd is er een verhoging van de vraag van nieuwe produkten (zoals diepvriezers) en wordt de Britse markt door toetreding tot de Europese Unie geopend. Ten tweede heeft er een stabilisatie plaats van de competitieve posities van de verschillende ondernemingen en nationale industrieën, hetgeen een zekere regulering van de handelstromen tussen Europese landen tot gevolg heeft. Ten derde, stabiliseren de relaties tussen de leidende ondernemingen op produktie-niveau – en de leidende bedrijven op merkenniveau in de individuele landen – zich, waardoor omvangrijke uitwisselingsstromen tussen ondernemingen ontstaan. In de 80'er jaren ontstaat een turbulente periode met een snelle concentratie van de belangrijkste Europese groepen van producenten en een intense belangstelling voor nieuwe marktrelaties. Ook wordt de produktinnovatie veel intensiever [Bianchi en Forlai 1988:269-270]. Wel bleven in de 80'er jaren een aantal condities uit de 70'er jaren gehandhaafd, zoals een stagnerende vraag naar alle belangrijke huishoudelijke apparatuur, een overcapaciteit in produktie met als resultaat daarvan relatief lage prijzen, een sterke stijging van de produktdifferentiatie en een continuering van het onderscheid tussen leiderschap met betrekking tot enerzijds produktie en anderzijds marketing in de verschillende Europese markten. Ook bleven de marktaandelen tot in ieder geval 1983 redelijk stabiel [Bianchi en Forlai 1988:286].

De strategie van de Europese voedsel- en drankenfabrikanten kan gekarakteriseerd worden door een oligopolistisch dynamisch evenwicht, hetgeen betekent dat de machtsstructuren tegelijkertijd oligopolistisch en dynamisch zijn. Wel komen er in de sectoren die samen de voedsel- en drankensector vormen toch verschillende marktstructuren voor, voornamelijk afhankelijk van het produkt in kwestie. Er is soms sprake van open competitie (verschillende aanbieders, geen entree-barrières) bijvoorbeeld bij produkten als wijnen en blikgroenten. Op de meeste Europese nationale markten zijn echter sterke oligopolistische concentraties te vinden, meestal in de vorm van vier of vijf bedrijven die elke nationale markt domineren, hetgeen het geval is bij produkten als bijvoorbeeld koffie en pasta. Tenslotte zijn er nog bedrijven met dominante posities op verschillende nationale produktmarkten, bijvoorbeeld bij produkten als cola-dranken en thee [Linda 1988:131]. Opvallend is dat de grootste Europese voedsel- en drankfabrikanten sterk gediversificeerd zijn; een proces dat zich sinds 1980 sterker doorzet [Linda 1988:127]. Diversificatie blijkt voor hen meestal het enige betrouwbare en praktische middel te zijn om zowel de grootte als de algehele 'marktmacht' van een bepaald bedrijf te vergroten. In de huidige situatie – met een sterke competitie op wereldniveau – blijven onderzoek en ontwikkeling wel de werkelijke motoren achter competitieve prestatie en groei. De gediversificeerde groei en

de mega-marketing in de voedsel- en drankenindustrie betekenen voor de competitie dat de scheidslijnen tussen de diverse sectoren, door bijvoorbeeld de aankoop van bedrijven, vager worden en dat vooral de middelgrote bedrijven overgenomen worden.

De sterke entree-barrières in de voedings- en genotmiddelensector, die al eerder ter sprake kwamen, betekenen ook dat er restricties op competitie ontstaan. De sterke produktdifferentiatie beperkt de transparantie en de homogeniteit van de markt en de (nationale) oligopolistische specialisering dient waarschijnlijk ook om de dimensies van een proces van sectorale diversificatie over de wereld te beperken [Linda 1988:130]. Een speciale karakteristiek van de oligopolistische reuzen in deze sector is hun dualistische gedrag: tegelijkertijd is er rivaliteit en samenwerking, voornamelijk afhankelijk van de stabiliteit van de (deel)markt op dat moment.

Als men uitgaven voor promotie (advertentie) kosten als een indicator voor het ontbreken van prijscompetitie neemt, dan valt in dat kader ten aanzien van de voedsel- en drankenindustrie op dat in deze sector nog meer uitgegeven wordt aan adverteren dan in de – traditioneel met hoge promotiekosten gepaard gaande – automobielenindustrie. En daarbij lijkt de hoge concentratie van de promotie-uitgaven zelfs de laatste jaren nog meer te groeien. Op basis hiervan zou men kunnen concluderen dat in de voedsel- en drankenindustrie sterke – of mogelijk overheersende – tendensen zijn tot competitie die niet op de prijs van het produkt gebaseerd is [Linda 1988:139].

Binnen de Europese sector voor huishoudelijke apparaten heeft, zoals al eerder besproken is, er in de 80'er jaren weer een meer turbulente periode plaats, die de oligopolistische structuren onderdruk zet. De Zweedse firma Electrolux begon in deze periode, bij gebrek aan mogelijkheden voor een interne groei, met een serie overnames om externe groei te realiseren. Dit stimuleerde ook andere bedrijven om te concentreren en vergelijkbare groei-overname strategieën te gebruiken om de competitieve positie te handhaven. Een voorbeeld hiervan is de overname van Bauknecht door Philips in 1982. Voor de sterke globalisering van de competitie binnen de sector voor huishoudelijke apparaten is een segmentatie en fragmentatie van de markt nodig, zodat bedrijven die op wereldniveau dominant zijn dat kunnen blijven en bijvoorbeeld schaalvoordelen binnen de verschillende sectoren in de markt optimaal kunnen benutten. De kleinere bedrijven worden dan beperkt door de fragmentatie van de markten zelf. Hoewel op de markten voor huishoudelijke apparaten in Europa op het einde van de 80'er jaren nieuwe dominante posities nog niet geheel uitgekristalliseerd zijn, lijken er de volgende belangrijke ontwikkelingen te bestaan. Ten eerste is er sprake van een stabilisatie van de vraag en een zekere technologisch maturiteit, die groei door overnames aantrekkelijk maken. Ten tweede leidt de globalisering van de competitie niet tot een homogene markt, maar lijkt deze eerder te leiden tot een segmentatie langs produkt- en nationaal-gerelateerde dimensies [Bianchi en Forlai 1988:292-293].

De liberalisatie van de markt voor telecommunicatie heeft in de Verenigde Staten ook een sterkere concentratie tot gevolg gehad. Ook proberen Amerikaanse bedrijven als AT&T en IBM nu ook op de Europese markt meer voet aan de grond te krijgen, waardoor de druk op de Europese – nu nog vaak sterk nationaal geïntendeerde – bedrijven toeneemt. De genoemde concentratietendens in de Verenigde Staten, waardoor slechts een beperkt aantal horizontaal en verticaal geïntegreerde bedrijven konden overleven, zou voor Europa politiek wel eens onhaalbaar kunnen zijn. De steun voor nationale bedrijven zou daarvoor wel eens te sterk kunnen blijken. Hoewel men het erover eens is dat het aantal telecommunicatiesystemen drastisch omlaag moet, wil dat dus niet zeggen dat bedrijven gaan verdwijnen [Roobeek 1988:324]. Niet binnen elk segment van de telecommunicatiesector spelen overigens dezelfde ontwikkelingen. Zo blijkt dat in de grotere Europese landen een sterke tendens te zien tot zogenaamd duopolitische structuren in de (deel)markt van schakelapparatuur (centrales e.d.). De traditionele (nationale) leveranciers staan onder grotere druk in een situatie waarin zij moeten concurreren met een tweede leverancier, met een (op dat moment nog) kleiner marktaandeel. In bijvoorbeeld de markt voor terminals bestaat weer een totaal andere situatie. In de meeste landen is de terminal-markt open voor (vrije) concurrentie, waarbij nationale favorieten nog wel enig voordeel hebben. Hier zijn ook nieuwe intreders, voornamelijk afkomstig uit de computer- en electronica-industrie, zeer actief. Kijkend naar de toekomst lijkt het gezien de positie en omvang van de telecommunicatie-industrie het meest voor de hand te liggen om een toenemend aantal *joint-ventures* en misschien zelfs fusies te verwachten, in plaats van de verdrijving van bedrijven van de markt. Zo'n concurrentieslag zou waarschijnlijk een te zware belasting voor de bedrijven vormen, waarvan de sector in zijn geheel ook niet zou profiteren [Roobeek 1988:320 en 325].

De concurrentie in de Europese automobiellndustrie wordt gekenmerkt door wat Berg de '*uneasy triangle of competition policy*' noemt. De eerste voorwaarde daarbij is de noodzaak tot een efficiënt gebruik van de voordelen van groot-schalige produktie om lage produktiekosten te kunnen realiseren. Ten tweede speelt differentiatie een belangrijke rol: het produkt dient voldoende gedifferentieerd te zijn om aan de sterk verschillende consumentenvoorkeuren tegemoet te kunnen komen. Ten derde zorgt de intensieve concurrentie op de markt voor een neerwaartse druk op de prijzen [Berg 1988:245-249].

2.3.4 De dreiging van substituten

In het algemeen kan men stellen dat een overvloedige produktdifferentiatie een teken is van gebrek aan echte innovaties. Daarom verwacht De Wolf [1988:219] binnen de farmaceutische sector dat generieke middelen kansen hebben in oudere niet innoverende geneesmiddelenmarkten. Alleen echte innovaties en entreebarrières zoals een verhoogde promotionele activiteit voor merkgeneesmiddelen en een gebrek aan commerciële belangstelling van groothandels en apothekers

kunnen voorkomen dat generica op de lange termijn een belangrijk marktaandeel verkrijgen.

De produkten in sectoren als voedings- en genotmiddelensector en de automobieliindustrie zijn sterk divers en gedifferentieerd. In de geneesmiddelensector beslist de consument niet over zaken als merk, hoeveelheid en prijs en spelen octrooien, die het alleenrecht geven op de verkoop van bepaalde produkten voor een periode van effectief 8 tot 12 jaar, een belangrijke rol [De Wolf 1988:213 en 221]. Het ontbreken van de keuzevrijheid van de consument is één van de belangrijkste verschillen tussen de geneesmiddelensector en de andere genoemde sectoren, tenminste wanneer er geen sprake is van een monopolistische situatie zoals deels het geval is in de telecommunicatiesector. Het substitueren van produkten wordt door het ontbreken van deze keuzevrijheid sterk gecompliceerd in de geneesmiddelensector.

2.3.5 De onderhandelingsmacht van afnemers

De markt voor recept-geneesmiddelen kent, zoals al gezegd is, een aantal bijzondere karakteristieken met betrekking tot de vraagzijde, waarbij de volgende punten opvallen:

Ten eerste beslist de consument niet over zaken als merk, hoeveelheid en prijs. Dat doet de voorschrijvende (en niet-betalende) arts. Ten tweede is het merendeel van de consumenten verzekerd tegen de kosten van recept-geneesmiddelen. Er bestaat dan geen directe confrontatie met de prijs van geneesmiddelen, zodat het ook aannemelijk is dat consumenten niet geïnteresseerd zijn in de prijs van geneesmiddelen. Ten derde geldt voor veel farmaceutische produkten dat de vraagprijs niet elastisch is, veranderingen in consumptie-volumes hebben geen relatie met prijsveranderingen, hetgeen economisch gezien (binnen een markteconomie) een ongewone situatie is. Ten vierde zijn chronische ziekten zoals astma, reuma en diabetes, verantwoordelijk voor een groot deel van de consumptie van geneesmiddelen. Vooral in deze categorie zijn zowel patiënten als artsen bekend met bepaalde merknamen en hebben een zekere loyaliteit ten opzichte van bepaalde merken, hetgeen een overstap naar bijvoorbeeld generieke middelen bemoeilijkt. Ten vijfde is de voorschrijvende arts met name geïnteresseerd in de effectiviteit, de therapeutisch waarde en de mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen. De prijs is daarbij van minder belang. Het voorschrijfpatroon van artsen wordt daarbij door promotie sterk beïnvloed, hetgeen ook de sterke loyaliteit ten opzichte van merk-geneesmiddelen verklaart [De Wolf 1988:213].

In de voedsel- en genotmiddelensector staan tegenover de fabrikanten in de meeste Europese landen zeer sterke (groepen van) afnemers (groothandels) en detailhandelaren. Ook op internationaal niveau bestaat er in de distributie een sterke concentratietendens. De grotere detailhandel blijft echter in essentie nationaal van karakter, terwijl toch ook in de detailhandel een hoge en nog steeds stijgende concentratie bestaat. Naast de mate van competitiviteit van markten

draagt de positie van de distributie- en detailhandelsnetwerken binnen de Europese voedsel- en drankensectoren sterk bij aan een bepaling van de competitieve positie van de industrie. De consequentie hiervan is een golf van fusies, op andere wijze samenwerkende bedrijven en nieuwe ondernemingen. Hiermee wordt ook weer de relatie gelegd met het sterke diversificatieproces in deze sector, gericht op entree in nieuwe produkt- en servicemarkten, in nieuwe markten perse en het vergroten van het marktaandeel [Linda 1988:135 en 130].

Voor de telecommunicatie-industrie is een verdere concentratie op zich eigenlijk niet van belang. Niet het aantal concurrenten is belangrijk, maar de intensiteit van hun onderlinge competitie. Concentratie, die efficiëntiebevorderend werkt door de schaalvergroting van bedrijven, heeft ook voor de consument voordelen, bijvoorbeeld in de vorm van een lagere prijs. Diezelfde concentratie kan echter ook oligopolistische en/of monopolistische tendensen krijgen, waardoor negatieve effecten voor consumenten kunnen ontstaan, zeker wanneer het aanbod van producten (en diensten) beperkt is en de prijzen daarvoor relatief hoog zijn [Roobeek 1988:325].

2.3.6 De onderhandelingsmacht van aanbieders

De farmaceutische industrie is, zoals al eerder besproken is, sterk internationaal georiënteerd. Veel grote bedrijven hebben een multi-nationale structuur, niet alleen in de vorm van importfirma's in de landen waarheen geëxporteerd wordt, maar ook in de vorm van buitenlandse productiebedrijven [De Wolf 1988:216]. De bijzondere aard van het farmaceutische produkt heeft ook een aantal consequenties voor de onderhandelingsmacht van de leverancier. Zoals in paragraaf 2.3.5 al gezegd is bestaat er meestal geen directe confrontatie voor de consument met de prijs van geneesmiddelen, waardoor de prijsgevoeligheid zal afnemen, en hebben veranderingen in consumptie-volume geen relatie met prijsveranderingen. Voor fabrikanten van geneesmiddelen schept een situatie als deze bijzondere mogelijkheden voor het realiseren van bepaalde (hogere) prijsniveaus, die in een meer markteconomisch gevoelige sector onmogelijk zouden zijn.

Met betrekking tot de voedings- en genotmiddelensector is al gesproken over de sterke afhankelijkheid van de fabrikanten in de meeste Europese landen van hun afnemers (de groot- en detailhandel) [Linda 1988:135]. De druk om zoveel mogelijk modellen te leveren in de Europese sector voor huishoudelijke apparatuur, komt niet alleen voort uit het feit dat fabrikanten tegemoet willen komen aan de steeds specifiekere vraag van de consument — die zij natuurlijk deels zelf creëren — maar ook om contractuele macht van de fabrikant ten opzichte van het distributiesysteem te vergroten [Bianchi en Forlai 1988:290].

In de Europese sectoren voor huishoudelijke apparatuur, de voedings- en genotmiddelenindustrie en in de automobielenindustrie speelt de distributieschakel in het kader van de machtspositie van de fabrikant een belangrijke rol [Bianchi en Forlai

1988:290 en Berg 1988:258-260]. Voor deze sectoren geldt dan eenzelfde conclusie: de (mate van) controle die de leveranciers hebben over van hun respectievelijke distributiesystemen is één van de belangrijkste factoren voor de bepaling van hun onderhandelingsmacht. Dit kan geïllustreerd worden met een voorbeeld vanuit de sector voor huishoudelijke apparatuur: de groei-overname strategie die door Electrolux geïntroduceerd wordt in de Europese sector voor huishoudelijke apparatuur aan het begin van de 80'er jaren – de controle van Zanussi en andere nationale ondernemingen door Electrolux – heeft de competitieve balans in deze sector veranderd. De nieuwe Electrolux-groep heeft daarmee zowel voordelen ten aanzien van de productie als van de distributie opgebouwd: Electrolux kan gebruik maken van merken en distributiekkanalen over de hele wereld [Bianchi en Forlai 1988:295].

Ondanks de snelle veranderingen die nu in een telecommunicatiesector en belangrijke rol spelen – waaronder privatiseringen van de voorheen door de staat bezeten PTT's – gaat het hier om een sector die traditioneel een sterke positie heeft kunnen opbouwen, onder andere door de monopolieposities uit het verleden [Roobeek 1988:298]. Hoewel de jure vaak opgeheven, bestaan deze monopolies de facto vaak nog voor een lange periode, vooral daar waar het om (de combinatie van het aanbieden van apparatuur met) het leveren van diensten gaat. De fabrikanten van apparatuur hebben wel met een steeds intensievere concurrentie, ook vaak van buiten Europa, te maken.

2.3.7 Afsluiting

Ten aanzien van het doel van deze paragraaf, een eerste inleiding op specifieke kenmerken van de geneesmiddelensector, valt met name op dat er bepaalde afwijkingen bestaan ten opzichte van de meeste andere beschreven sectoren. In het overzichtschema zijn deze belangrijkste afwijkingen cursief weergegeven (zie figuur 2.13).

Daarbij blijkt dat de geneesmiddelensector met name bijzonder is wanneer men spreekt over de mate van (gekweekte) loyaliteit ten opzichte van bepaalde geneesmiddelen, de zogenaamde merkentrouw.

Verder zijn octrooien en de daarbij behorende monopolies bijzonder, ook omdat deze niet te vergelijken zijn met de monopolistische structuren in de telecommunicatie, die op termijn waarschijnlijk meer en meer zullen verdwijnen. De octrooien op geneesmiddelen vormen een essentieel onderdeel van de structuur van de geneesmiddelensector. Daarnaast kent de geneesmiddelensector in tegenstelling tot de meeste andere sectoren een stabiele volumegroei. Tot slot is de geneesmiddelensector vooral uitzonderlijk door de bijzondere karakteristieken aan de vraagzijde van de markt, zoals het ontbreken van een directe keuze door de consument, de in-elasticiteit van de vraag naar geneesmiddelen en het probleem van een vrije prijsvorming in een markt waarin de concurrentie zeer beperkt is, door de al eerder genoemde octrooien, het ontbreken van een vrije consumentenkeuze en een in-elastische vraag.

Figuur 2.13 Een vergelijking van industrie-sectoren op Europees niveau

CONCURRENTIEKRACHTEN	INDUSTRIE - SECTOR						DE GENESMIDDELESECTOR
		Geneesmiddelen	Voedings- en genotmiddelen	Huishoudelijke apparatuur	Telecommunicatie	Automobielen	
	Potentiële toetredingen	produktdifferentiatie <i>merktrouw</i> promotiekosten innovatie entree-barrières <i>octrooien</i>	produktdiversificatie schaalvoordelen promotiekosten innovatie entree-barrières	produktdifferentiatie schaalvoordelen	monopoliepositie schaalvoordelen entree-barrières	produktdifferentiatie schaalvoordelen promotiekosten innovatie	
	Rivaliteit tussen bestaande concurrenten	multi-nationaal <i>stabiele volumegroei</i> innovatie	multi-nationaal dynamisch en oligopolistisch en open competitie overcapaciteit	concentratie stabiel en turbulent stagnerende vraag	nationaal intensieve concurrentie nieuwe intreders	grootschalige productie intensieve concurrentie	
	Dreiging van substituten	produktdifferentiatie <i>octrooien</i> <i>keuze consument</i>	divers en gedifferentieerd		(gedeeltelijke) monopolies	divers en gedifferentieerd	
	Onderhandelingsmacht van afnemers	<i>keuze consument</i> <i>in-elastische vraag</i>	sterke afnemers concentratie afnemers nationale distributie		intensieve concurrentie concentratie		
Onderhandelingsmacht van aanbieders	internationaal <i>prijsoorming</i>	afhankelijkheid van distributeurs	afhankelijkheid van distributeurs	monopolies	afhankelijkheid van distributeurs		

In hoofdstuk 3, waar concurrentie in de geneesmiddelensector aan de orde komt wordt hierop verder ingegaan.

De volgende en laatste paragraaf van dit hoofdstuk sluit aan op paragraaf 2.2 van dit hoofdstuk en vat de aanpak van deze studie samen, terwijl tevens gesproken wordt over de casus-studie.

2.4 AANPAK VAN DE STUDIE EN CASUS

2.4.1 Aanpak van de studie

Dit onderzoek houdt zich bezig met het sectorniveau op basis van een tweetal benaderingen. De eerste daarvan, waarvan de neerslag te vinden is in hoofdstuk 3, is het onderzoek naar de industriestructuur i.c. de concurrentie in de geneesmiddelensector, met behulp van het model dat samengesteld is uit de concurrentiekrachten-modellen van Porter [1980, 1985]. Op dit model wordt hier verder niet meer ingegaan, in paragraaf 2.2 is dit model al uitgebreid besproken. De tweede benadering houdt zich bezig met de analyse van de strategie in de geneesmiddelensector, waarbij de belangengroeperingen in de geneesmiddelen-sector centraal staan. Met de resultaten van deze analyse dient de zogenaamde zesde concurrentiekracht ingevuld te worden, waarover in paragraaf 2.2.2 gesproken is. De resultaten van deze analyse zijn te vinden in hoofdstuk 4.

In de paragrafen 2.1.4, 2.1.5 en 2.2.2 zijn bouwstenen van de analyse van de strategie van belangengroeperingen en de invulling van de zesde concurrentiekracht besproken. Samenvattend zullen in hoofdstuk 4 de volgende begrippen gebruikt worden:

Figuur 2.14 Begrippen ten behoeve van de analyse van de strategie i.c. de invloed van belangengroeperingen

— actor	
— doelen	(gemeenschappelijk) (niet-gemeenschappelijk)
— middelen	(gemeenschappelijk) (niet-gemeenschappelijk)
— effecten	beoogd effect averechts effect neveneffect
— onderhandelen	
— invloed	macht(smiddelen) gezag(smiddelen) legitimiteit(smiddelen)

2.4.2 De casus

Aan de casus die in dit onderzoek gebruikt wordt – de ontwikkelingen in het veld van de belangengroeperingen van producenten en importeurs van geneesmiddelen in Nederland in de periode 1986-1993 – waarover in hoofdstuk 1 al gesproken is en waarvan de uitwerking in hoofdstuk 4 te vinden is, dient op voorhand aan een aantal criteria te voldoen. Ten eerste dienen de *issues* waarop de casus gebaseerd is voldoende 'breed te spelen' in de geneesmiddelensector, zodat met deze casus een zo compleet mogelijk beeld van actoren – ten aanzien van hun strategieën en invloed – gevonden kan worden. De producenten en importeurs van geneesmiddelen zijn – zoals in hoofdstuk 4 zal blijken – direct betrokken bij de *issues* die in de onderzoeksperiode spelen in de Nederlandse geneesmiddelensector en vervullen daarin vaak een centrale rol, onder andere door als initiatiefnemers op te treden. Ten tweede moet het mogelijk zijn voldoende aangrijpingspunten te vinden om de geneesmiddelensector in nationaal perspectief te bekijken, en ten derde, is er een keuze gemaakt op basis van actualiteit. Een nationaal perspectief is verzekerd doordat in het kader van de casus de (formele) overeenkomsten en afspraken tussen de actoren behandeld worden, alsmede de beleidsinstrumenten van een aantal bijzondere actoren: de betrokken overheden.

De geselecteerde casus heeft een duidelijk verleden, is nu actueel en zal ook in de nabije toekomst naar alle waarschijnlijkheid een belangrijke rol blijven spelen in de geneesmiddelensector. Naast het gegeven dat dit bijdraagt aan de relevantie van dit onderzoek voor de geneesmiddelensector en de evaluatie van te voeren beleid heeft dit ook tot voordeel dat de beschikbaarheid van onderzoeksmateriaal relatief groot is.

De in dit onderzoek gebruikte casus dient verschillende doelen in het kader van de probleemstelling. Allereerst wordt een houvast geboden bij de beschrijving van de geneesmiddelensector. De relevantie van de geselecteerde casus draagt, zoals al eerder gezegd is, bij aan de zingeving van de evaluatie van gevoerd en te voeren beleid in de geneesmiddelensector. Daarnaast wordt er van uitgegaan dat de problematiek in de casus (breed, sectoromvattend, nationaal) voldoende generalisatiemogelijkheden zal bevatten.

In essentie gaat het in dit onderzoek om een enkelvoudige casus-studie (Eng.: *single case study*). Het gebruik van enkelvoudige casus-studies brengt specifieke theoretische en methodische problemen met zich mee. Een aantal van deze problemen, die in het kader van deze studie relevant zijn, worden hierna aan de orde gesteld.

Een empirische analyse van een enkelvoudige casus is, aldus Lipset e.a. [1956:419], in te delen in twee algemene typen. Het eerste type houdt een beschrijving en verklaring van een casus in teneinde informatie te verkrijgen met betrekking tot een huidige toestand en (interne) dynamiek. Alle bijzonderheden en details van dit ene geval worden hierbij uitgediept en men zou dit aan kunnen duiden als een *particulariserende analyse*. Het tweede type enkelvoudige casus-studie richt zich op

de ontwikkeling van empirische generalisaties of theorie. Hierbij wordt niet zozeer gezocht naar informatie **over** de casus, maar wordt de casus gebruikt als een empirische basis **voor** generalisaties of theorieconstructie en men zou dit kunnen duiden als *generaliserende analyse*.

Ook in de recente literatuur vinden we dit onderscheid nog steeds terug. Zo noemen Biemans en Van der Meer-Kooistra [1994:51] een indeling tussen verklarend wetenschappelijk denken en probleemoplossend wetenschappelijk denken. De eerste vorm, verklarend wetenschappelijk denken, is theoriegericht. De uitkomsten van het onderzoek worden gerelateerd aan bestaande theoretische inzichten, waardoor integratie met de aanwezige theorie plaats heeft, of deze wordt eventueel aangepast. Meer praktijkgericht is het probleemoplossend wetenschappelijk denken. Hier geeft men een wetenschappelijk onderbouwde probleem-analyse en diagnose, om daarna aan te geven welke veranderingen aan het oplossen van de problemen kunnen bijdragen.

Cruciaal in het onderscheid tussen de beide genoemde benaderingen van enkelvoudige casus-studies door Lipset e.a. [1956] is de manier waarop omgegaan wordt met generalisaties. In de particulariserende analyse worden generalisaties gebruikt om de analyse van een specifiek geval uit te voeren. In de generaliserende analyse wordt juist het specifieke geval gebruikt om generalisaties te maken.

Parallel hieraan loopt het onderscheid dat Biemans en Van der Meer-Kooistra [1994] maken tussen theorie- en praktijkgericht onderzoek. In dit onderzoek zullen elementen van de beide genoemde typen onderscheidingen terug te vinden zijn, maar het onderzoek zal met name een generaliserende theoriegerichte analyse bevatten. De generaliserende analyse heeft plaats in een stadium van dit onderzoek waar het aanvullend op de gebruikte theoretische bases van belang is en daar waar over de sector generaliseerd wordt.

Een analyse die tot doel heeft generalisaties te maken, dient zeer zorgvuldig 'grootten' en 'niveaus' van de eenheden te karakteriseren en deze met elkaar in verbinding te brengen. Het resultaat hiervan zijn dan schema's die de typen verzamelde data, eenheden en eigenschappen wegen en met elkaar in relatie brengen. Het probleem van het relateren van verschillende eenheden van onderzoek — via generalisaties — is belangrijk omdat juist de generalisaties het produkt van de analyse vormen. In essentie bestaat het probleem hierbij dat eigenschappen van een bepaalde eenheid (bijvoorbeeld de geneesmiddelensector) determinanten zijn van gedrag op een ander niveau (bijvoorbeeld een *industry*). Hoe kan men dan in zo'n geval een brug tussen deze eenheden slaan? Overigens zolang een analyse zich beperkt tot één niveau bestaat dit probleem natuurlijk niet. Zo is bijvoorbeeld de grootte van een organisatie gerelateerd aan bureaucratiseringsprocessen. Beide genoemde eigenschappen hebben betrekking op dezelfde eenheid i.c. de organisatie.

Een waterdichte oplossing voor het bijna paradoxale probleem van hoe te generaliseren met een enkelvoudige casus-studie is niet te geven. Waar echter in deze studie generalisaties met dit achterliggende probleem aan de orde komen, dienen de relaties tussen eenheden en eigenschappen in de gaten gehouden te worden.

Bedrijfskundig onderzoek zoals dit, waarbij van casus-studies gebruik gemaakt wordt, is met name gericht op het hoe en waarom van de verschijnselen en veel minder op het hoeveel en hoe vaak. Biemans en Van der Meer-Kooistra [1994:52] zeggen daarover: '*Gezocht wordt naar inzichtelijke samenhang, waardoor structuur kan worden aangebracht in een veelheid van variabelen en relaties en het essentiële van de onderzochte verschijnselen zichtbaar kan worden gemaakt*'. Concreet kijkend naar de casus-studie betekent dit dan: '*het onderzoek van een hedendaags, empirisch verschijnsel binnen de werkelijke context*' [Biemans en Van der Meer-Kooistra 1994:54]. Waarbij het praktijkgeval zich, zoals ook in deze studie, ook over meerdere jaren kan uitstrekken. In deze analyse zal de casus-studie, zoals gezegd, vooral op verklaring gericht zijn: centraal staat het ontwikkelen van theoretische concepten die getoetst worden en het onderzoek is daarom ook gericht op generalisaties.

Op voorhand zijn aan het begin van deze paragraaf al een aantal selectiecriteria ten aanzien van de in dit onderzoek gebruikte casus-studie aangegeven. Aan de hand van Yin [1989], kunnen deze criteria verder aangescherpt worden, uitgaande van drie criteria die hij noemt bij het gebruik van enkelvoudige casus-studies.

1. De gebruikte casus-studies is een *critical case*, waarmee bedoeld wordt dat de casus gebruikt moet kunnen worden om de theoretische veronderstellingen in het onderzoek te bevestigen of te verwerpen. In de gebruikte casus is dat van toepassing, omdat deze geschikt is voor het onderzoek naar de indirectie en directe invloed van de belangengroeperingen van producenten van geneesmiddelen op de intensiteit van de concurrentie.
2. De casus-studie is tevens een *extreme or unique case*, omdat er in de geneesmiddelensector geen vergelijkbare belangengroeperingen van producenten zijn, dan die welke onderzocht worden in deze analyse.
3. Het gaat hier tevens om een *revelatory case*. Deze analyse is de eerste die op deze wijze uitgevoerd wordt.

Verder is de gebruikte casus-studie een zogenaamde *embedded case* [Yin 1989:49 e.v.], binnen de analyse worden meerdere analyseniveaus gebruikt. Tot slot in het belang om nogmaals te benadrukken dat de casus-studie zich uitdrukkelijk tot de ontwikkeling in een tijdsperiode (1986-1993) beperkt.

3.1 INLEIDING

3.1.1 De analyse van de extramurale verstrekking van recept-geneesmiddelen

De consumptie van farmaceutische produkten in Nederland bestond in 1991 voor ruim 90% uit recept-geneesmiddelen – geneesmiddelen die voorgeschreven worden door een arts en alleen zo verkrijgbaar zijn. De geneesmiddelen in de vrije-verkoop (OTC-middelen) spelen in Nederland een relatief kleine rol en de omzet van 9% in recept-vrije geneesmiddelen in Nederland steekt mager af bij onze buurlanden, zoals België (19%), Frankrijk (18%), Bondsrepubliek (17%) en het Verenigd Koninkrijk (13%) [Zelfzorg 3, september 1992:6]. Middelen voor zelfmedicatie – dat wil zeggen die middelen die een consument zonder recept bij een apotheek of drogist aanschaft – blijven in deze analyse grotendeels buiten beschouwing, hetgeen overigens niet wil zeggen dat bepaalde geneesmiddelen niet zowel vrij als op recept verkrijgbaar zijn. De mogelijkheid in Nederland om bepaalde middelen die vrij verkrijgbaar zijn ook op recept voor te schrijven en dus ook voor vergoeding in aanmerking te laten komen, draagt mogelijk bij aan een verklaring voor de relatief bescheiden omzet van middelen voor zelfmedicatie in Nederland.

De Nederlandse geneesmiddelensector is te scheiden in een intra- en extramuraal gedeelte. De extramurale verstrekking van geneesmiddelen is die buiten instellingen (ziekenhuizen, verpleeginrichtingen), terwijl intramurale verstrekking zich letterlijk binnen de muren van instellingen afspeelt. Deze analyse beperkt zich tot de extramurale geneesmiddelenvoorziening, dat wil zeggen tot die recept-geneesmiddelen die buiten instellingen worden voorgeschreven.

3.1.2 De scheiding tussen beslissen, betalen en genieten

Bij recept-geneesmiddelen beslist de consument niet over de hoeveelheid, de prijs of het merk, dat doet de voorschrijvende arts, die minder geïnteresseerd is in de

prijs van geneesmiddelen, maar eerder let op een scala van factoren, waaronder effectiviteit, therapeutische waarde, contra-indicaties en mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen. Daarnaast hebben de meeste consumenten een verzekering voor de kosten van recept-geneesmiddelen, zodat ook voor hen een directe confrontatie met prijzen ontbreekt. Het prijsgedrag van recept-geneesmiddelen is daarbij ook als abnormaal te typeren: de vraag is niet-elastisch, veranderingen in consumptievolumes zijn niet gerelateerd aan prijsveranderingen. Tenslotte zijn het de chronische ziekten (zoals cara, reuma en diabetes) die het grootste deel van de farmaceutische consumptie voor hun rekening nemen. Vooral bij chronische aandoeningen blijken patiënten en hun behandelend artsen zeer merkentrouw te zijn [De Wolf 1988:213].

De hierboven geschetste scheiding tussen beslissen, betalen en genieten – mogelijk de belangrijkste karakteristiek van de consumptie van recept-geneesmiddelen – is evenzo een centraal thema wanneer het om vormen van overheidsbeleid gaat. Overheidsbeleid ten aanzien van de geneesmiddelensector, gericht op de beheersing van prijzen en/of het volume van de consumptie van geneesmiddelen, kan worden ingedeeld als een serie variaties bedoeld om deze scheiding te doorbreken, zoals in deze introducerende paragraaf zal blijken.

In de bekende figuur van het boter, kaas en eieren-spelletje zou men de scheiding tussen beslissen, betalen en genieten weer kunnen geven zoals hieronder in figuur 3.1 gedaan is.

Figuur 3.1 Boter, kaas en eieren in de geneesmiddelensector – de minimale variant

	beslissen	genieten	betalen
arts	ja	nee	nee
gebruiker	nee	ja	nee
zorgverzekeraar	nee	nee	ja

In figuur 3.1 neemt de arts de aankoop-beslissing, 'geniet' de consument het produkt en betaalt de verzekeraar. De arts schrijft immers het recept uit, met de (merk)naam van het produkt daarop. De consument beslist niet over welk produkt gebruikt gaat worden, maar gebruikt het zelf wel en de verzekeraar is meestal de directe betaler. Consumenten betalen natuurlijk wel premie, maar

daarbij is het weinig inzichtelijk welk deel daarvan bestemd is voor geneesmiddelen. De ziekenfondsverzekerden (ongeveer tien miljoen) zien meestal niet wat een produkt kost omdat hun zorgverzekeraar direct met de apotheekhoudenden zal afrekenen, terwijl de particulier verzekerden (ongeveer vijf miljoen) wel vaak zelf de rekening moeten voldoen maar deze dan kunnen declareren bij hun verzekeraar. Hoewel een particuliere verzekering de mogelijkheid biedt om geneesmiddelen niet mee te verzekeren, zijn de meeste particulier verzekerden toch verzekerd voor de kosten van het gebruik van geneesmiddelen.

Uitgaande van figuur 3.1 gaat het erom – teneinde scheidingen tussen beslissen, betalen en genieten te slechten – zoveel mogelijk andere lijnen door de figuur heen te trekken. Als er daarbij vanuit gegaan wordt dat het gebruik van geneesmiddelen alleen voor de consument zinvol is, zijn nog twee lijnen door de figuur te trekken, hetgeen weergegeven is in figuur 3.2.

Figuur 3.2 Boter, kaas en eieren in de geneesmiddelensector – de maximale variant

	beslissen	genieten	betalen
arts	ja	nee	ja
gebruiker	ja	ja	ja
zorgverzekeraar	ja	nee	ja

In figuur 3.2 is aangegeven dat, om de scheidingen tussen beslissen, genieten en betalen te doorbreken, de consument en de verzekeraar meer betrokken zouden moeten worden bij de aankoop-beslissing, terwijl de arts en de consument (directer) betrokken zouden moeten worden bij de betaling van geneesmiddelen c.q. meer bewust zouden moeten worden van de prijsverschillen tussen bepaalde geneesmiddelen.

Waar het gaat om het meer betrekken van de consument bij de aankoop-beslissing, past bijvoorbeeld een beleid gericht op een vergroting van het pakket geneesmiddelen in de vrije-verkoop. Gebruikers kunnen dan zelf beslissen wat te kopen en moeten daar dan ook zelf voor betalen. De mogelijkheden zijn hier natuurlijk wel beperkt, omdat geneesmiddelen in de vrije-verkoop aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen – zoals bijvoorbeeld een relatieve onschadelijkheid

ook bij een verkeerd gebruik, waardoor zeer veel recept-geneesmiddelen niet geschikt zijn.

Het directer betrekken van de verzekeraar bij de aankoop-beslissing is terug te vinden in beleid dat erop gericht is verzekeraars zorg in te laten kopen op een concurrerende markt. Hierbij kan men gelijk denken aan het Plan Dekker (zie hoofdstuk 1, paragraaf 1.1) en in meer concrete zin maatregelen zoals de contracteervrijheid, waarbij verzekeraars zelf mogen kiezen met welke zorgleveranciers zij relaties aan willen gaan, die de basis voor een dergelijk beleid leggen.

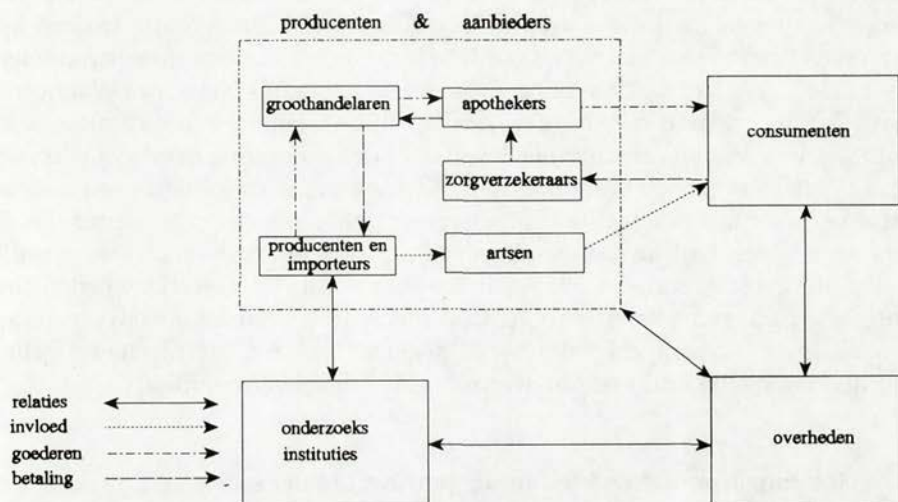
Artsen bewuster laten omgaan met de prijs van geneesmiddelen en hen te dwingen een afweging te maken tussen alternatieven met een verschillend prijskaartje, kan bijvoorbeeld in een systeem met artsenbudgettering worden ingevoerd. In Engeland is een systeem in gebruik, waarbij een arts met een bepaald maximum budget werkt en zich bij overschrijdingen moet verantwoorden. Het Farmacotherapie-overleg (FTO) is in Nederland te beschouwen als een manier om huisartsen meer prijsbewust te maken. In dit lokale overleg van apothekers en huisartsen is het de bedoeling dat men met behulp van elkaars inzichten en ervaringen tot kwalitatief verantwoorde en kostenbewuste keuzen voor geneesmiddelen komt.

Het directer betrekken van gebruikers bij de prijs van (sommige) geneesmiddelen kan bijvoorbeeld door de hierboven al genoemde vergroting van het vrije-verkoop pakket. Concreet passen hierin maatregelen als het schrappen van de vergoeding van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen en de discussie rond het wel of niet vergoeden van anti-conceptiva, twee zaken die in 1993 speelden. Een andere manier om gebruikers direct in de kosten van geneesmiddelen te laten delen was de eigen-bijdrage-maatregel die in de periode 1983-1990 gold voor ziekenfondsverzekerden. Daarbij diende men een rijksdaalder per afgeleverd medicijn te betalen, tot een maximum van 125 gulden per jaar. In 1993 werd door staatssecretaris Simons, die in begin van zijn ambtsperiode de eigen bijdrage afschafte, weer een eigen bijdrage genoemd als een mogelijke besparingsvariant, waarbij gesproken werd over een verplichte eigen bijdrage van 10% voor geneesmiddelen. Een andere mogelijke variant zou het invoeren van een eigen risico binnen de AWBZ zijn, waarbij het dan ook mogelijk kan zijn voor de verzekerde om dit eigen risico met bijbetaling te verzekeren of te vergroten in ruil voor reductie op de premie. In het kader van deze studie is echter het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) een belangrijker voorbeeld. Hierbij dienen immers gebruikers voor 'te dure' middelen, dat wil zeggen middelen die boven de vastgestelde vergoedingslimiet uitkomen, zelf bij te betalen. In het volgende hoofdstuk komt het GVS in het kader van de daar gebruikte casus bij de analyse van de strategie in de geneesmiddelensector nog uitgebreid terug.

De bovengenoemde scheiding tussen beslissen, genieten en betalen is ook terug te vinden in het relatieschema van de farmaceutische sector dat in de volgende paragraaf aan de orde zal komen. In het kader van deze studie, zal zoals al gezegd is in paragraaf 3.1.1, de nadruk liggen op de extramurale verstrekking van recept-geneesmiddelen.

3.1.3 De Nederlandse geneesmiddelensector

Figuur 3.3 Een relatieschema voor de Nederlandse geneesmiddelensector



Bron: Samengesteld uit 'Het wiel van de gezondheidszorg' [FN 3, 1990:151] en 'Four boxes model' [Van Tulder 1992].

In figuur 3.3 worden belangrijke verbindingen tussen deelnemers in de farmaceutische sector gelegd, deze figuur is in hoofdstuk 1 ook al aan de orde geweest (zie hoofdstuk 1, figuur 1.3). In het relatieschema zijn de belangrijke deelnemers in de Nederlandse geneesmiddelensector weergegeven: producenten en aanbieders, gebruikers, onderzoeksinstellingen en overheidsorganen – in het kader van deze analyse actoren genoemd. Wanneer gekeken wordt naar het schema in Bijlage 2, dan is figuur 3.3 een weergave van het eerste niveau. De belangengroeperingen bevinden zich in Bijlage 2 op het tweede niveau, 'boven' het eerste. In gedachten zou men de belangengroeperingen dan ook 'hangend boven' figuur 3.3 kunnen denken, in de vorm van figuur 1.4 uit hoofdstuk 1.

In de eerste paragrafen van deze inleiding werd al nadruk gelegd op een aantal punten waarop geneesmiddelen afwijken van de meeste andere consumptiegoederen. Meest in het oog springend daarbij was de scheiding tussen beslissen, betalen en genieten. De weg van een geneesmiddel van fabriek naar consument verloopt via een route die vergelijkbaar is met die van de meeste consumptiegoederen. De producent levert aan de groothandel, die op zijn beurt zorgt voor de bevoorrading van de detaillist i.c. de apotheker, die het geneesmiddel verstrekt aan de gebruiker. In deze analyse kan overigens over het algemeen voor apotheker ook apotheekhoudende huisarts gelezen worden. Waar nodig zal een onderscheid tussen deze twee groepen apotheekhoudenden gemaakt worden. De problemen

die samenhangen met de scheiding tussen de voorschrijf- en distributiefunctie zijn natuurlijk niet van toepassing op de apotheekhoudende huisarts.

De betaling voor de geleverde goederen heeft — zoals ook te zien is in figuur 3.3 — via een tussenpersoon plaats. Bijna alle Nederlandse ingezetenen zijn, danwel verplicht danwel vrijwillig, verzekerd voor ziektekosten en via de AWBZ verzekerd tegen de kosten voor recept-geneesmiddelen. Weinig inzichtelijk is echter welk deel van een AWBZ-afdracht nu eigenlijk voor geneesmiddelen is, zodat de gebruiker vaak niet weet wat een geneesmiddel kost. Wanneer een gebruiker bij een particuliere verzekering zelf de rekening aan de apotheek moet voldoen, wordt achteraf uiteindelijk wel door de verzekering betaald. Prijsbewustheid is daarom van de gebruiker niet te verwachten. Zoals hierboven al gezegd is toen een aantal karakteristieken van recept-geneesmiddelen genoemd zijn, is de arts de beslisser ten aanzien van hoeveelheid, prijs en merk en niet de gebruiker.

Op deze plaats zal dit relatieschema niet verder uitgewerkt worden. In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk komen de actoren achtereenvolgens apart aan de orde. Daarbij zal telkens een segment van het relatieschema gebruikt worden en tegelijkertijd een nadere uitwerking gegeven worden.

3.1.4 De concurrentiekrachten in de geneesmiddelensector

In de volgende vier paragrafen van dit hoofdstuk wordt de Nederlandse geneesmiddelensector beschreven met behulp van segmenten uit het genoemde relatieschema en het in hoofdstuk 2 ontwikkelde model van elementen van industriestructuur met concurrentiekrachten. De zesde concurrentiekracht 'de invloed van belangengroeperingen', komt verder aan de orde in hoofdstuk 4 over strategie in de geneesmiddelensector. Hierna volgt eerst een korte her-introductie van de vijf concurrentiekrachten die gebruikt zullen worden bij de analyse in hoofdstuk 3:

- 1) De *potentiële toetredingen*, die afhangen van entree-barrières en de daaraan gekoppelde reactie van bestaande aanbieders in een *industry* ten opzichte van intreders, waarbij zes belangrijke bronnen van entree-barrières kunnen worden onderscheiden die in de analyse aan de orde zullen komen.
- 2) De *intensiteit van de rivaliteit* tussen bestaande concurrenten die ontstaat wanneer één of meer concurrenten de druk voelt of de kans ziet om zijn positie binnen een *industry* te verbeteren. Intense rivaliteit is daarbij het resultaat van verschillende interacterende structurele factoren, die achtereenvolgens behandeld zullen worden.
- 3) De *dreiging van substituten* betekent in algemene termen het zoeken naar producten die eenzelfde functie kunnen vervullen binnen een bepaalde *industry*. In hoofdstuk 2 is hierover al opgemerkt dat één van de belangrijkste gevolgen van het substitueren het drukken van de winsten kan zijn, als gevolg waarvan als belangrijke determinanten van deze concurrentiekracht de relatieve prijs van een substituuat ten opzichte van het origineel en de winstmarge, die binnen een bepaalde *industry* gehaald wordt, worden gezien. Daarnaast spelen overstapkosten en de geneigdheid van afnemers om te substitueren een rol als determinanten van de dreiging van substituten.

- 4) De *onderhandelingsmacht van afnemers* is van belang, omdat afnemers normaal gesproken hun inkooprijzen zo laag mogelijk willen houden, onderhandelen voor een betere kwaliteit en service en concurrerende aanbieders daarbij tegen elkaar uitspelen, wat allemaal ten koste kan gaan van de winst van de aanbieder. Bij deze concurrentiekracht gaat het om determinanten van de macht van afnemers, die in hun voordeel respectievelijk nadeel werken. Deze determinanten zijn in te delen in twee groepen, respectievelijk determinanten ten aanzien van onderhandelingsmacht en determinanten die meer specifiek betrekking hebben op de prijsgevoeligheid van afnemers. In het kader van deze concurrentiekracht gaat het vooral om een tweetal afnemersgroepen. Producenten van geneesmiddelen maken vaak deel uit van chemische concerns, van waaruit zij hun grondstoffen krijgen aangeleverd en zelfs wanneer dat niet zo is, vormen voor de meeste geneesmiddelen de grondstoffen maar een relatief klein deel van de kostprijs van een geneesmiddel en zijn deze meestal ruimschoots voorradig. Verwacht wordt daarom dat toeleveranciers van grondstoffen voor producenten van geneesmiddelen in het algemeen gesproken niet van cruciaal belang zijn. Naast grondstoffen zijn voor producenten van geneesmiddelen toeleveranciers van informatie- en communicatiediensten belangrijk. Farmaceutische bedrijven zijn gewoon te werken met enorm veel (markt-)informatie van zeer hoge kwaliteit en daarbij de meest moderne media te gebruiken. Voor deze zeer gespecialiseerde markt bestaan ook gespecialiseerde (multi-nationale) ondernemingen voor informatie- en communicatiediensten. In de Nederlandse situatie zijn dat twee multi-nationale ondernemingen (IMS en Walsh) en verschillende kleinere bedrijven. In deze situatie van twee belangrijke concurrenten, die onderling sterk concurreren, alsmede kleinere bedrijven die (deel)alternatieven kunnen aanbieden, bestaan er geen omstandigheden die het aannemelijk maken dat producenten sterk afhankelijk zijn van één aanbieder van informatie- en communicatiediensten. Daarom wordt ook verwacht dat deze toeleveranciers niet van doorslaggevend belang zijn voor de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen. Tot slot is het van belang om op te merken dat deze studie zich concentreert op drie *industries* (van producenten, groothandelaren en apothekers) en hun onderlinge relaties. Om deze redenen is ervoor gekozen om de onderhandelingsmacht van producenten als afnemers niet in de analyse mee te nemen. Daarom wordt in deze tekst gekeken naar een tweetal afnemersgroepen: de groothandelaren als afnemers van de industrie (paragraaf 3.3.4) en de apothekers als afnemers van de groothandelaren (paragraaf 3.4.4).
- 5) De *onderhandelingsmacht van aanbieders* binnen een *industry* wordt ontleend aan (het dreigen met) de mogelijkheid om prijzen te verhogen en/of de kwaliteit van produkten en/of diensten te verlagen. Bepaalde condities, die genoemd zullen worden als determinanten van de onderhandelingsmacht van aanbieders, stimuleren de marktmacht van aanbieders. In het kader van deze analyse gaat het om de relaties tussen producent-groothandel (paragraaf 3.2.4) en groothandel-apotheker (paragraaf 3.3.5). De relatie apotheker-consument in de verhouding van aanbieder-afnemer zal niet meegenomen worden in deze analyse. De concurrentiemacht van de onderhandelingspositie van apothekers

als aanbieders (in relatie tot consumenten als afnemers) ontbreekt dus in deze studie.

3.1.5 Substitutievormen in de geneesmiddelensector

Nadat in de vorige twee paragrafen het relatieschema voor de geneesmiddelensector en het model van concurrentiekrachten gegeven zijn kan in principe de analyse aanvangen. Toch wordt op deze plaats eerst een zijstap gemaakt door wat uitgebreider aandacht te besteden aan substitutievormen in de geneesmiddelensector, die vooral van belang zijn in het kader van de al genoemde derde concurrentiekracht: de dreiging van substituten. Dit omdat het om informatie gaat die zowel voor producenten, groothandelaren als apothekers van belang is en dan niet in drie paragrafen verspreid aan de orde komt en zo onnodige herhalingen worden tegengaan. Daarnaast kan deze informatie als een bruikbare inleiding dienen alvorens over te gaan tot de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industries*. Verder in dit hoofdstuk blijken hoezeer substitutie centraal staat in de geneesmiddelensector, waardoor enige extra nadruk op dit verschijnsel ook zeker gerechtvaardigd is.

De substitutievormen die hierna aan de orde zullen komen zijn de substitutie van regulier-geïmporteerde produkten door zogenaamde parallel-geïmporteerde produkten, de substitutie van merkgeneesmiddelen door generieke geneesmiddelen, de substitutie tussen therapieën, het verschijnsel van (on)bedoelde imitaties, de ontwikkeling van nieuwe produkten en technologieën en tenslotte middelen voor de vrije-verkoop.

1) Parallel-import

De geneesmiddelensector bestaat uit verschillende deelmarkten, waarop weer verschillende bedrijven actief zijn. Een klein land als Nederland, dat slechts over een paar innovatieve in Nederland producerende bedrijven beschikt, is daarom voor merkgeneesmiddelen sterk afhankelijk van import. Importeur is een ieder die een vergunning verkregen heeft in het kader van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening om farmaceutische produkten uit het buitenland te betrekken. Een farmaceutisch produkt mag in Nederland uitsluitend worden ingevoerd door de houder van de registratie van dat produkt en in de regel is dat de door de producent aangewezen alleen-importeur, die vaak ook weer deel uitmaakt van de verkooporganisatie van de producent. Daarnaast bestaat er dan nog de mogelijkheid om zogenaamd parallel (merk)geneesmiddelen in te voeren.

Parallel-import wordt mogelijk gemaakt door de prijsverschillen tussen landen. De parallel-importeur koopt dan in een land waar eenzelfde (merk-)geneesmiddel als op de Nederlandse markt aangeboden wordt (veel) goedkoper in, importeert buiten de door de producent aangewezen importeur het geneesmiddel in Nederland en verkoopt het produkt in Nederland voor een lagere prijs dan door de fabrikant voor de Nederlandse markt is vastgesteld. In 1990 was het marktaandeel van de parallel-geïmporteerde geneesmiddelen ongeveer 8% van alle voorgescreven geneesmiddelen, zoals te zien is in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Marktaandelen van patent-, merk-, generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen, Nederland, 1990

Soort	Percentage
geneesmiddelen onder patent	25%
merkgeneesmiddelen	55%
generieke geneesmiddelen	12%
parallel-geïmporteerde geneesmiddelen	8%

Bron: Farmaceutisch Nieuws nr. 3, Maart 1991:218.

De producenten van merkgeneesmiddelen hebben zich met een beroep op octrooi- en merkenrecht tegen parallel-import geprobeerd te verzetten. Parallel-importeurs hebben door het winnen van een aantal belangrijke rechtszaken een stevige juridische basis voor hun bedrijven in de Europese Gemeenschap kunnen leggen. De door de producenten naar voren gebrachte gronden als de bescherming van de gezondheid en de bescherming van commercieel en industrieel eigendom (Artikel 36 van het Verdrag van Rome), werden ondergeschikt geacht aan het verbod op kwantitatieve importbeperkingen (Artikel 30). Het Europese Hof besloot tevens dat parallel-import legaal is wanneer de prijsverschillen tussen landen veroorzaakt worden door overheidsregulering en niet door prijsstrategieën van producenten.

2) Generieke geneesmiddelen

Nadat het patent op een specialité verlopen is, kan dit geneesmiddel door elke producent gekopieerd worden. De keuze voor het produceren van een bepaald generiek middel is daarbij vooral afhankelijk van verwachtingen met betrekking tot een mogelijke afzetmarkt voor het generieke middel, waarbij door generieke producenten wel een minimum omzet voor een specialité van 1 miljoen gulden genoemd wordt, wanneer men hiervan op rendabele wijze een generieke kopie op de Nederlandse markt wil brengen. De Bond van de Generieke Geneesmiddelen Industrie Nederland (Bogin) schatte de omvang van deze markt voor generieke geneesmiddelen op ongeveer 250 miljoen gulden in het jaar 1990 [Bogin 1991], hetgeen neerkomt op een marktaandeel van 12% van de Nederlandse markt voor recept-geneesmiddelen in 1990. In 1993 schat men de omzet op 440 miljoen gulden en Bogin-voorzitter Poelgeest voorspelt een omzet van 600 miljoen gulden medio 1995 [OPG Aktueel 6, 1993:6]. Generieke geneesmiddelen winnen terrein op de Nederlandse geneesmiddelensector, vooral ook sinds de invoering van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem, waardoor de vervanging van specialité's (waarvoor men moet bijbetalen) door goedkopere alternatieven bevorderd wordt — generieke geneesmiddelen of dezelfde specialité's, maar dan parallel-geïmporteerd, of andere (goedkopere) specialité's met een vergelijkbare therapeutische werking.

De maximale omvang van de generieke markt is door Lageweg e.a. [1989:8] al eens berekend. Het uitgangspunt hierbij is dat generieke geneesmiddelen vanzelfsprekend alleen verkrijgbaar zijn voor produkten waarvan de octrooien verlopen zijn. In 1988 bleek dat de omzet van geneesmiddelen waarvan het patent verlopen is ongeveer de helft van de totale Nederlandse omzet voor recept-geneesmiddelen omvat, in geld uitgedrukt ruim 1 miljard gulden. De 250 miljoen gulden omzet die de fabrikanten van generieke geneesmiddelen realiseren vormen in deze berekening dan een marktaandeel van 25% van alle uit-patent geneesmiddelen, de groep van geneesmiddelen die mogelijk interessant zijn voor substitutie met generica. Het marktpotentieel van ruim 1 miljard gulden is nog niet gerealiseerd en dit betekent dat de afzet van generieke geneesmiddelen nog behoorlijke groeimogelijkheden heeft. Tevens bleek in 1989 dat binnen vijf jaar het patent van 93 belangrijke produkten met een omzet van 416 miljoen gulden het patent zal verlopen. Als de specialité-fabrikanten voor deze produkten geen nieuwe (innovatieve) alternatieven op de markt kunnen brengen betekent dit voor de producenten van generieke geneesmiddelen een nog omvangrijker potentieel voor de uitbreiding van hun marktaandelen [Lageweg e.a. 1989:11].

3) *Substitutie tussen therapieën*

Bij het vervangen van bestaande behandelingsmethoden voor alternatieven kunnen verschillende overwegingen meespelen, waarbij de financieringsruimte voor verschillende therapieën een centrale plaats inneemt. Wanneer er voldoende geld beschikbaar is, zullen duurdere behandelingsmethoden gemakkelijker kunnen worden uitgevoerd en zal meer nadruk gelegd kunnen worden op kwaliteitsargumenten. Wanneer er minder geld beschikbaar is, of er bezuinigingen uitgevoerd moeten worden, zal vooral gezocht worden naar goedkopere vormen van zorg, hetgeen ook gerelateerd is aan verschuivingen van de intramurale- naar extramurale zorg en van professionele zorg naar zelfzorg. In het kader van deze studie spitst zich dit toe op de uitwisselbaarheid van geneesmiddelengebruik en andersoortige therapieën. In vergelijking met een therapie als opereren — met nog allerlei bijkomende kosten zoals bijvoorbeeld ziekenhuisopname — is het voorschrijven van geneesmiddelen een zeer goedkope therapievorm. Zo heeft de introductie van anti-maagzweerpreparaten een enorme daling van het aantal maagoperaties tot stand weten te brengen. Toch is ook een omgekeerde ontwikkeling mogelijk, zoals blijkt uit de behandeling van angina pectoris, waar geneesmiddelen steeds minder gebruikt wordt en invasieve therapie (zoals dotteren) steeds meer toegepast wordt [STG 1991:27].

Voor de overheid is hier een dilemma te signaleren tussen enerzijds beleidsuitgangspunten die samenhangen met kostenbeheersing en het vervangen van lichtere vormen van zorg (zoals geneesmiddelengebruik) voor zwaardere vormen van zorg (intramurale zorg) en anderzijds beleid gericht op de beheersing van het gebruik van geneesmiddelen.

4) *Me-too producten*

Nieuwe producten zijn in de geneesmiddelensector, net als in andere sectoren, niet noodzakelijkerwijs vernieuwd of vernieuwend. Sprekend over de concurrentie tussen fabrikanten van merkgeneesmiddelen wordt vaak het verschijnsel van de zogenaamde *me-too's* genoemd. Dit zijn geneesmiddelen die door een fabrikant op de markt gebracht worden en die sterk lijken op al bestaande middelen. Enerzijds kan dit het gevolg zijn van het feit dat twee fabrikanten binnen een bepaalde deelmarkt in eenzelfde onderzoekstraject zijn geraakt en daardoor na elkaar, op elkaar gelijkende middelen op de markt brengen. Anderzijds kan dit het gevolg zijn van een opzettelijke poging tot imitatie van een goedlopend middel van een concurrent.

Het is niet eenvoudig om aan te geven welke omvang het verschijnsel van *me-too* producten in Nederland heeft. In het FOZ 1991 is wel een schema te vinden waarin de situatie in de Verenigde Staten wordt weergegeven. De Amerikaanse Food and Drug Administration heeft daar gevonden dat van de 348 in de periode 1981 tot 1988 in de Verenigde Staten geïntroduceerde *New Chemical Entities* (NCE's) er 12 een belangrijke bijdrage leveren aan bestaande therapieën, 44 NCE's hebben een beperkt belang en 84% (292) leveren geen enkele (vernieuwende) bijdrage. Terwijl daarnaast ook nog vastgesteld wordt dat de introductie van *me-too's* hogere geneesmiddelenprijzen tot gevolg heeft [FOZ 1991:172].

De grote afhankelijkheid van de import van geneesmiddelen in de Nederlandse situatie 85% van de benodigde producten wordt geïmporteerd [STG 1991:32] en het feit dat die import voor een groot gedeelte direct of indirect afkomstig is uit de Verenigde Staten, doet de verwachting rijzen dat ook veel op de Nederlandse markt aangeboden nieuwe middelen weinig vernieuwend zijn en veelal bijdragen aan hogere geneesmiddelenprijzen. Dat deze vorm van substitutie van groot belang is blijkt ook uit berekeningen van het ministerie van WVC met betrekking tot de groeicomponenten in de ontwikkeling van de materiële kosten van geneesmiddelen. In de periode 1983-1988 werd daarbij uitgegaan van een zogenaamde autonome groei van 9% per jaar. Deze groei van 9% werd bepaald door beperkte groei van het fysieke volume van 0 - 1%, een prijsontwikkeling van 2 - 3%, maar vooral door het effect van een verschuiving van goedkopere naar (nieuwe) duurdere middelen van 6 - 7% [FOZ 1990:123]. Als men ervan uit zou gaan dat dit voor het grootste gedeelte *me-too* producten zijn, of in ieder geval dat deze verschuiving het resultaat is van commerciële inspanningen gericht op het realiseren van hogere prijzen voor geneesmiddelen los van een normale prijsontwikkeling, zoals door de VNZ (Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars) gesteld werd, betekent dit in ieder geval dat de uitsplitsing naar prijs en volume nogal arbitrair is en dat tussen prijsontwikkeling en verschuiving naar duurdere middelen een afwenteling mogelijk is [FOZ 1990:123].

5) *Nieuwe producten en nieuwe technologieën*

De rol van de Nederlandse farmaceutische industrie is relatief beperkt als het gaat om de introductie van nieuwe geneesmiddelen, zoals ook te zien is in tabel 3.2 in de volgende paragraaf, waar aangetoond wordt dat vanuit Nederland relatief

weinig nieuwe produkten op de geneesmiddelenmarkt komen. Op grond van het internationale karakter en de opdeling in deelmarkten die de produktie van geneesmiddelen op wereldniveau kenmerkt en de aanwezigheid van (slechts) een enkele innovatieve producent in Nederland, was een dergelijke uitkomst te verwachten.

Op verschillende wijzen spelen technologische (on)mogelijkheden een rol in de geneesmiddelensector, die weer sterk bepalend zijn voor (on)mogelijkheden met betrekking tot de substitutie van produkten. Gesignaleerd wordt allereerst dat biomedisch onderzoek en de ontwikkeling van geneesmiddelen steeds complexer, tijdrovender en kostbaarder wordt, terwijl geneesmiddelenonderzoek de bron blijft van nieuwe therapieën. Sinds het begin van de tachtiger jaren wordt er wel gesproken over de tweede farmacologische revolutie, die gekenmerkt wordt door een gerichtheid op moleculaire processen en verwachtingen van belangrijke innovaties op gebieden als de bio-technologie en immunofarmacologie en een (daarmee samenhangende) stijging van de uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling [STG 1991:12].

Het bestaan van een tweede farmacologische revolutie impliceert dat er ook een eerste farmacologische revolutie geweest moet zijn. Een zeker begrip van de inhoud van deze eerste omwenteling in het geneesmiddelenonderzoek is nodig om te kunnen verklaren waarom het geneesmiddelenonderzoek nu complexer, tijdrovender en kostbaarder is.

De 50'er en 60'er jaren – de periode van de eerste farmacologische revolutie, waarin fysiologie centraal stond – kunnen worden beschouwd als een tijdperk in het geneesmiddelenonderzoek dat veel belangrijke verbeteringen van de therapeutische mogelijkheden heeft gebracht, zoals anti-hypertensiva, psychofarmaca en anti-reumata. Terwijl het ontdekken van lichaamseigen stoffen (histamine, acetylcholine) en hun werkingsmechanismen nieuwe therapeutische mogelijkheden bood en de chemische synthese een wezenlijke onderzoekscomponent is, blijven echter natuurlijk voorkomende stoffen in het onderzoek centraal staan [STG 1991:11].

Aan het einde van de zestiger jaren blijkt het geneesmiddelenonderzoek steeds minder op te leveren in termen van nieuwe middelen. Voor dit verschijnsel bestaan twee belangrijke verklaringen. De OECD noemde al in 1969 de zogenaamde *research depletion* hypothese, waarin gesteld werd dat het kennisreservoir van waaruit nieuwe geneesmiddelen ontwikkeld dienen te worden leeg raakte. Een verklaring die gezien de aard van de tweede farmacologische revolutie – waarin duidelijk nieuwe wegen worden ingeslagen – zeker achteraf gezien als een goede vondst gezien kan worden. De vooruitgang in de tachtiger jaren heeft de *research depletion* hypothese naar de achtergrond verschoven en de tweede farmacologische revolutie wordt gekenmerkt door verwachtingen omtrent innovaties die voortkomen uit de opheldering van cellulaire structuren en begrip van cellulaire werkingsmechanismen, de ontwikkeling van geneesmiddelen met specifiekere farmacologische aangrijpingspunten en onderzoek naar betere toedieningsvormen [STG 1991:12].

Daarnaast werd de terugloop in het geneesmiddelenonderzoek vaak met de *declining profitability* hypothese verklaard, waarbij ervan uitgegaan werd dat een

verslechtering in de omgevingsfactoren — zoals een toenemende overheidsinmenging, verlenging van registratieperiodes, een restrictief voorschrijfbeleid en vermindering van de octrooibeschermering — oorzaak waren van minder investeringen in onderzoek en ontwikkeling hetgeen leidde tot minder resultaten uit het onderzoek. Cruciaal in deze verklaring is het volume van de investeringen in onderzoek en ontwikkeling. Kijkend naar de investeringen voor onderzoek en ontwikkeling in Nederland in de laatste jaren blijkt dat deze steeds toegenomen zijn, van 285 miljoen gulden in 1985 elk jaar gestaag groeiend tot (een geschatte) 510 miljoen gulden in 1991 [CBS/Nefarma Jaarverslag 1991:16], waarbij dan wel aangetekend moet worden dat de kosten van de ontwikkeling van een nieuwe werkzame stof ook gestegen zijn. Onderzoek van Grabowski en Vernon [1981] heeft aangetoond dat deze kwestie toch iets gecompliceerder ligt. Zij ontdekten voor de 60'er en 70'er jaren twee trends: ten eerste steeds hogere onderzoeks- en ontwikkelingskosten en ten tweede steeds minder nieuwe produktintroducties. Bedrijven blijven veel geld investeren in onderzoek en ontwikkeling terwijl de opbrengst daarvan, in termen van op de markt te brengen geneesmiddelen terugloopt. Er wordt bijvoorbeeld wel gereageerd op een lagere opbrengst van onderzoek en ontwikkeling, maar dan eerder met het afremmen van de groei daarvan en er is daarbij een zekere vertragsingsfactor te herkennen [Grabowski en Vernon 1981:17-18].

Als de belangrijkste technologische ontwikkelingen worden in het STG-rapport [1991:33] nieuwe produktiemethoden, biotechnologie en computers en informatietechnologie genoemd. Moderne — dat wil zeggen sterke en gericht werkzame — geneesmiddelen vereisen zeer verfijnde produktiemethoden, op het gebied waarvan veel vooruitgang geboekt is. Vanzelfsprekend betekent deze ontwikkeling wel vaak een duurder produktieproces. Met biotechnologie — met behulp van manipulatietechnieken het eigen vermogen van de natuur om organische verbindingen te maken gebruiken om stoffen te produceren — betekent dat bijvoorbeeld schaarse stoffen als groeihormonen met behulp van DNA-technieken toch (economisch verantwoord) geproduceerd kunnen worden. Biotechnologisch onderzoek blijkt echter wel vrij kostbaar te zijn. In de farmacochemie worden geavanceerde technieken gebruikt zoals voor het ontwerpen van nieuwe verbindingen (*computer aided drug design*) en het gebruik van grote databestanden bij farmaceutisch onderzoek is onmisbaar geworden. Ook deze ontwikkeling heeft bijgedragen aan kostenstijgingen.

6) Vrije-verkoop geneesmiddelen

Hoewel in paragraaf 3.1.1 al duidelijk gesteld is dat deze analyse zich beperkt tot recept-geneesmiddelen is het toch nodig om vrije-verkoop middelen hier te noemen. Deze middelen kunnen namelijk tot op zekere hoogte een substituuut voor recept-geneesmiddelen vormen, waarbij het dan niet om een ander middel maar om een andere manier van het verkrijgen van een middel gaat. Immers verschillende geneesmiddelen zijn zowel op recept als in de vrije-verkoop te verkrijgen.

De totale zelfzorgmarkt in Nederland bereikte in 1991 in consumentenprijzen een omzet van ongeveer 612 miljoen gulden. Via apotheken en apothekhoudende

huisartsen werd daarvan 35% gedistribueerd, ongeveer 214 miljoen gulden [Zelfzorg juni 1992:16]. In zijn zogenaamde Geneesmiddelenbrief van 22 april 1993 schat staatssecretaris Simons de uitgaven voor de zogenaamde buiten-WTG geneesmiddelen – geneesmiddelen die voor zelfmedicatie in aanmerking komen, uitsluitend via de apotheek verstrekt worden en vergoed worden krachtens de AWBZ – op 300 miljoen gulden. Met betrekking tot middelen in deze groep die louter vanwege de verpakkingsgrootte of aanprijzing alleen door apotheekhoudenden mogen worden verkocht alsmede alle homeopathische en antroposofische geneesmiddelen wordt voorgesteld deze niet langer via de AWBZ te vergoeden. Volgens de staatssecretaris zal dit een netto structurele lastenverlichting van 200 miljoen gulden opleveren [Geneesmiddelenbrief 22 april 1993:18-19].

Zoals echter ook al gezegd is spelen vrije-verkoop middelen een relatief kleine rol in Nederland in vergelijking met andere Europese landen, zodat ze vooralsnog geen belangrijke positie innemen. Wel is het van belang om de op Europees niveau gesignaleerde trend van een toenemend belang van vrije-verkoop middelen te noemen, omdat deze ook consequenties voor de Nederlandse situatie zou kunnen hebben [Zelfzorg september 1992:6].

3.2 DE INTENSITEIT VAN DE CONCURRENTIE VOOR PRODUCENTEN VAN GENEESMIDDELEN

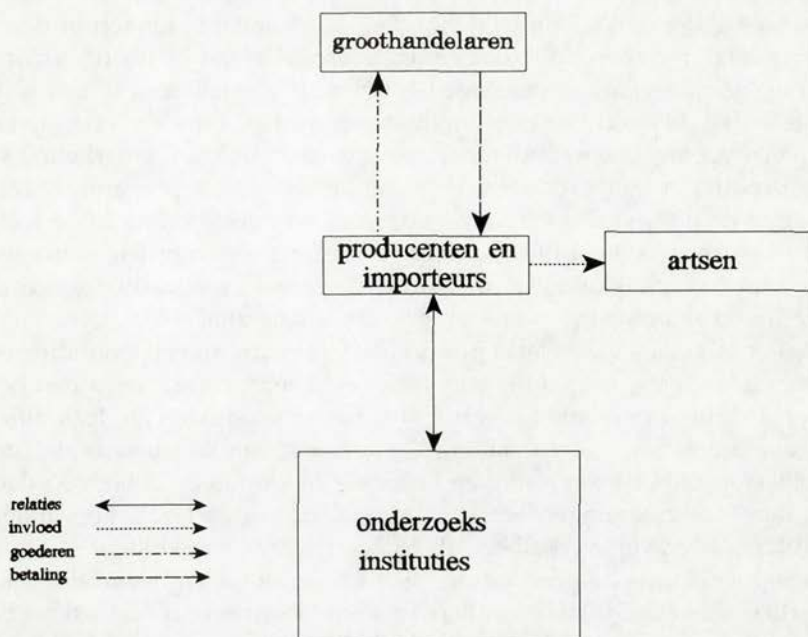
Producenten van geneesmiddelen hebben verbindingen met groothandelaren, artsen en onderzoeksinstituten. De groothandelaar zorgt voor de distributie van de door de producent gemaakte geneesmiddelen, de producent levert goederen aan de groothandel, die op zijn beurt daarvoor dient te betalen. De artsen, die beslissen over welke aankoop gedaan wordt i.c. welk medicijn de consument gaat gebruiken, worden door de producenten gestimuleerd om door hen gefabriceerde geneesmiddelen voor te schrijven. De onderzoeksinstituten spelen een rol in het kader van onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen. Daarnaast komt het voor dat producenten en importeurs direct zaken doen met apothekers. De meest gebruikelijke gang van een geneesmiddel gaat echter via een groothandel, waarbij tevens zogenaamde rugzakgroothandelaren bedoeld worden. In de onderstaande figuur zijn de hierboven genoemde relaties weergegeven, behalve de directe verbindingen tussen apothekers en producenten, buiten de relatie via rugzakgroothandelaren.

De verbindingen zoals deze geschetst zijn in figuur 3.4 komen terug in de hierna volgende bespreking van de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen. Daarbij komt de concurrentiekracht van de producent als afnemer te vervallen (zie paragraaf 3.1.4), zodat vier concurrentiekrachten hierna besproken zullen worden.

Op het niveau van de producenten van specialité's en generica komen de concurrentiekrachten van potentiële toetredingen (paragraaf 3.2.1) en de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten aan de orde (paragraaf 3.2.2). Bij de bespreking van de concurrentiekrachten met betrekking tot de dreiging van substituten (paragraaf 3.2.3) en de positie van de producent als aanbieder

(paragraaf 3.2.4), spelen de in figuur 3.4 geschetste verbindingen een belangrijker rol.

Figuur 3.4 Het relatieschema voor producenten



De belangengroeperingen op het niveau van producenten en importeurs van specialité's i.c. Nefarma – de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie – en de producenten van generica i.c. de Bogin – de Bond van de Generieke Geneesmiddelen Industrie Nederland – komen in hoofdstuk 4 aan de orde, bij de analyse van strategie in de geneesmiddelensector.

3.2.1 Potentiële toetredingen voor producenten

Het bestaan van **schaalvoordelen** binnen een *industry* – de afnemende kosten per eenheid bij een stijging van het absolute volume – die in het voordeel werken van bestaande aanbieders, speelt een vooraanstaande rol in de geneesmiddelensector, vooral ten aanzien van onderzoek en ontwikkeling. In paragraaf 3.1 is al geconstateerd dat het prijsgedrag van recept-geneesmiddelen afwijkend is, in die zin dat de vraag niet-elastisch is en veranderingen in consumptievolumes niet gerelateerd zijn aan prijsveranderingen. De produktiekosten maken een relatief klein deel van de consumentenprijs van een geneesmiddel uit. Nefarma – de belangenvereniging voor producenten en importeurs van merk-geneesmiddelen – schat deze op een

gemiddeld percentage van 22,7% [Farma Feiten 1992:6]. Vooral met betrekking tot onderzoek en ontwikkeling spelen schaalvoordelen wel een veel belangrijker rol bij de fabricage van geneesmiddelen. Zo schetsen Faust en Shapiro [STG 1991:8] een toekomstige situatie waarin de farmaceutische bedrijven in drie categorieën kunnen worden ingedeeld: Ten eerste zeer grote bedrijven die zich intensief met onderzoek en ontwikkeling bezighouden; 10-15 ondernemingen in de wereld in het jaar 2000 met een onderzoeksbudget van meer dan 1 miljard dollar per jaar. Ten tweede onderzoeks-intensieve bedrijven, gespecialiseerd in een klein aantal deelgebieden, beperkt van omvang maar innovatief. Ten derde bedrijven zonder noemenswaardig (eigen) onderzoek, gericht op productie en marketing van generieke producten, het produceren in licentie en 'me-too'-preparaten. De enorme omvang van de bestedingen voor onderzoek en ontwikkeling in de toekomstige top 10, betekent dat voor die bedrijven wel zeker schaalvoordelen ten aanzien van onderzoek en ontwikkeling – en daarmee de potentie om nieuwe geneesmiddelen op de markt te brengen – van het grootste belang zijn.

Op een tweetal wijzen werkt **produktdifferentiatie** als een toetredings-barrière. Bestaande ondernemingen hebben vaak veel kennis opgebouwd met betrekking tot consumenten in relatie tot verschillen tussen producten en deze differentiatie betekent een intensieve marketing ten aanzien van concurrerende producten, waarbij respectievelijk ervaring en financiële hindernissen in het voordeel van de bestaande ondernemingen werken [Mantel c.s. 1987:91-92]. Verschillen tussen producten – zowel werkelijke- als gepercipieerde verschillen – zijn dus van wezenlijk belang voor producenten van geneesmiddelen, waarbij merkentrouw een cruciaal begrip is. Het stimuleren van merkentrouw is een actieve bezigheid van producenten van merkgeneesmiddelen, zowel naar de arts als de patiënt toe. Producenten proberen artsen trouw aan hun merken te maken, gestimuleerd door onder andere het systeem van artsenbezoekers die als vertegenwoordigers in dienst van één fabrikant van (merk)geneesmiddelen artsen afreizen. De verschillen tussen producten behoeven daarbij niet beperkt te zijn tot chemische verschillen, verschillen in bijwerkingen e.d., maar kunnen bijvoorbeeld ook voorkomen in toedieningsvormen. Een voorbeeld hiervan zijn gebruiksvriendelijker toedieningsvormen waarbij (dagelijkse) injecties door huid-implantaten worden vervangen of toedieningsvormen die sneller werken, zoals een inhalator in plaats van pillen. Er zijn echter ook verschillen tussen producten waarbij de afweging tussen het oude (vaak goedkopere) produkt en het nieuwe (meestal duurder) produkt minder gemakkelijk te maken is, bijvoorbeeld bij een produkt dat gericht is op het voorkomen van een zeldzame bijwerking. Vooral ook omdat een fabrikant zal pogen om alle gebruikers van het produkt op het nieuwe geneesmiddel over te laten gaan. Het nieuwe produkt zal niet alleen meestal duurder zijn, maar ook weer een langere tijd onder octrooi kunnen blijven dan de eerdere versie van het geneesmiddel, waardoor de fabrikant weer een langere periode een alleenrecht op verkoop heeft.

De arts die eenmaal vertrouwd is met een bepaald produkt zal dit ook vaak blijven voorschrijven. Ook omdat van een arts onmogelijk verwacht kan worden dat deze alle ongeveer 6000 in Nederland toegelaten geneesmiddelen [De Klein 1988:43] uit het hoofd kent. Het gaat er dus om voor de fabrikant om deel uit te

71
61

maken van het beperkte rijtje van namen dat een arts kent en waarmee in de huisartsenpraktijk de meeste aandoeningen behandeld kunnen worden. De marketing vormt voor de geneesmiddelenfabrikanten dan ook een grote kostenpost, oplopend tot 27% van de af-fabriekprijzen, bijna het dubbele van het percentage (14,5%) dat aan onderzoek en ontwikkeling wordt uitgegeven [Bijsluiter 5,1991:7]. Mantel c.s. [1987:146 e.v.] noemen differentiatie ook als een belangrijke toetredings-barrière. In hun onderzoek bleek dat wel bestaande fabrikanten op een andere deelmarkt actief kunnen worden naast de deelmarkt waarop ze reeds actief zijn, maar dat in de periode van hun onderzoek nieuwe externe toetredingen – op het niveau van de markt als geheel – niet voorkomen [Mantel c.s. 1987:147-150].

Met betrekking tot de determinant **benodigd kapitaal** zijn voor de producent van merkgeneesmiddelen de investeringen in onderzoek en ontwikkeling van groot belang omdat daarmee de positie van het bedrijf op de langere termijn – op basis van de resultaten van innovatie i.c. de nieuwe produkten die onderzoek en ontwikkeling voortbrengt – verzekerd wordt. Het benodigde kapitaal fungeert daarbij als belangrijke entree-barrière. Investerings in onderzoek en ontwikkeling zijn zeer risicovol, dat wil zeggen dat het effect van de besteding moeilijk voorspelbaar is.

Zoals al eerder gesteld is, kan men in Nederland slechts weinig innovatieve farmaceutische bedrijven aantreffen, terwijl tevens blijkt dat Nederland in vergelijking met andere Westerse landen niet als een belangrijke producent van nieuwe produkten gezien kan worden. In de volgende tabel is dat goed te zien, waar de introductie van zogenaamde *new chemical entities* (NCE's) wordt getoond, tezamen met het land waar het geneesmiddel vandaan komt.

Tabel 3.2 *Introductie van New Chemical Entities (NCE's) en hun land van oorsprong (1982-1986)*

Land	1982	1983	1984	1985	1986	Totaal
Japan	9	8	15	12	19	63
Bondsrepubliek	5	8	5	10	6	34
Frankrijk	7	6	2	8	2	25
Italië	2	3	7	8	3	23
Zwitserland	5	6	4	2	1	18
Verenigde Staten	4	3	2	2	7	18
Verenigd Koninkrijk	4	5	-	4	4	17
Spanje	4	-	2	1	1	8
Nederland	2	2	1	1	-	6

Bron: STG 1991:15.

Het aantal NCE's dat voortgebracht wordt in Nederland blijkt relatief klein, waaruit geconcludeerd kan worden dat Nederland geen belangrijke plaats inneemt in een ranglijst van landen met innovatieve geneesmiddelenproductie. Er bestaat een sterke correlatie ($r^2=.88$) tussen de uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling per land en de introductie van NCE's naar land van herkomst. Van de 775 NCE's die geïntroduceerd zijn in de periode 1975-1990 is 27% afkomstig uit de Verenigde Staten. Met een totaalbudget voor onderzoek en ontwikkeling van tegen de 5 miljard dollar per jaar in de Verenigde Staten en de schatting dat wereldwijd door de farmaceutische industrie voor hetzelfde doel ongeveer 20 miljard dollar per jaar uitgegeven wordt [STG 1993:42, op basis van Scrip 1991], zien we dat een kwart van de totale investeringen in onderzoek en ontwikkeling ook ongeveer een kwart van het volume aan NCE's vertegenwoordigt. Andere belangrijke landen die in dit verband genoemd kunnen worden zijn: Japan (21%, 1,67 miljard dollar), de Bondsrepubliek (11%, 1,97 miljard dollar), Zwitserland (6%, 1,53 miljard dollar) en het Verenigd Koninkrijk (4%, 1,91 miljard dollar) [STG 1993:42 en 44].

Nog belangrijker wordt een groot volume aan uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling als men kijkt naar de meest innovatieve NCE's, die wereldwijd op de markt zijn gebracht. Kijkend naar de herkomstpercentages per land voor de in de periode 1975-1990 geïntroduceerde meest innovatieve NCE's, dan vallen deze voor de Verenigde Staten nog gunstiger uit, met een relatieve bijdrage van 45%. In de verdeling over de andere landen worden hier het Verenigd Koninkrijk en de Bondsrepubliek meer beloond voor de hoogte van hun uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling en streven zij Japan voorbij. De relatieve bijdrage van andere landen is als volgt: Verenigd Koninkrijk 17%, de Bondsrepubliek 12%, Zwitserland 6%, Japan 5% en alle overige landen 15% [STG 1993:44].

Tabel 3.3 *De kosten van onderzoek en ontwikkeling in de Nederlandse farmaceutische industrie (1980, 1985-1990) (in miljoenen gulden)*

	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Personeelskosten	122	164	177	190	207	211	232
Investeringen in gebouwen en machines	18	27	44	54	82	61	26
Overige uitgaven	70	94	108	108	133	157	168
Totaal	210	285	329	352	422	429	426

Bron: Farma Feiten 1993:5, CBS Voorburg.

De totale uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling van de Nederlandse farmaceutische industrie kunnen dus ook als een indicator voor het belang van de Nederlandse innovatieve geneesmiddelen-industrie gezien worden. Deze uitgaven zijn voor 1990 vastgesteld op 426 miljoen gulden, zoals ook te zien is in tabel 3.3.

De kosten voor onderzoek en ontwikkeling van een nieuw innovatief geneesmiddel worden op het moment zelfs geschat op meer dan 230 miljoen dollar [Bijsluiter 6, October 1991:20]. Wanneer men dit cijfer tegen de totale uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling in Nederland van 426 miljoen gulden in 1990 zet, dan blijken deze ongeveer overeen te komen. Het ontwikkelen van een nieuwe werkzame stof duurt gemiddeld 10 jaar, afvallers meegerekend. Een bedrijf als Organon dat naar schatting 200 miljoen gulden aan onderzoek en ontwikkeling per jaar spendeert (uitgaande van 14,5% van de jaaromzet in 1990, groot 1.340 miljoen gulden [Organon/Akzo 1991:3 en 4] komt men op een bedrag van bijna 200 miljoen gulden) zou dan in 10 jaar tijd gemiddeld vijf nieuwe produkten kunnen ontwikkelen. Overigens vergen niet alleen onderzoek en ontwikkeling enorme investeringen bij de produktie van geneesmiddelen, ook het complexe produktieproces, dat sterk afhankelijk is van moderne apparatuur en de enorme marketingkosten, maken grote investeringen noodzakelijk.

Overstapkosten, de kosten die een afnemer moet maken om op een andere aanbieder over te stappen, spelen in termen van entree-barrières geen belangrijke rol in de geneesmiddelensector. De producenten van geneesmiddelen belevaren in principe iedere erkende groothandel. Voor wat betreft de toeleveranciers van producenten kan worden opgemerkt dat veel geneesmiddelenfabrikanten een onderdeel zijn van chemische concerns, zoals Organon een onderdeel is van Akzo, waardoor grondstoffen vaak vanuit de eigen 'familie' geleverd kunnen worden. Overigens moet hierbij ook worden opgemerkt dat bij de produktie van geneesmiddelen de grondstoffenprijs vaak maar een fractie van de kostprijs van een geneesmiddel vormt.

Voor wat betreft de **toegang tot distributiekkanalen** is voor de producenten van merkgeneesmiddelen de toegang tot de directe afnemer — de groothandel — afhankelijk van een complex van factoren. Voor die geneesmiddelen die niet te substitueren zijn voor generieke middelen, dus geneesmiddelen waarop octrooi rust, is het toch de arts die beslist over de aankoop en die wordt dan ook intensief gestimuleerd om een bepaald middel voor te schrijven. De groothandel heeft in deze situatie nog wel de mogelijkheid om met (de eigen) parallel-import firma's een middel goedkoper aan te schaffen, maar de verschillen bestaan dan uit prijsverschillen en het gaat om hetzelfde produkt. Geneesmiddelen waarvan het octrooi verlopen is, bieden de groothandel als directe afnemer meer mogelijkheden, omdat hier ook gesubstitueerd kan worden met (de eigen) generieke produktie. Zonder meer draagt deze complexe situatie eraan bij dat de toegang tot de distributie in het voordeel van de bestaande concurrenten binnen de *industry* werkt.

Bij de verzameling van determinanten onder de noemer **kosten-nadelen onafhankelijk van schaal** worden in het model eigendom van produkt-technologie, toegang tot noodzakelijke *inputs*, gunstige locaties, subsidievoordelen, en het bezit van een leer/ervaringscurve genoemd.

Eigendom van produkt-technologie speelt een belangrijke rol in de geneesmiddelensector in verband met de centrale rol van octrooien. Een octrooi op een geneesmiddel vormt een monopolie — een exclusief exploitatierecht — dat enerzijds een research-stimulering tot gevolg kan hebben, wanneer de ondernemer door

investeringen in onderzoek poogt om innovatief te blijven en steeds ook daarvoor weer een extra financiële compensatie ontvangt in de vorm van nieuwe octrooigeneesmiddelen. Terwijl anderzijds dit monopolie tot een beperking van de concurrentie en tot hoge prijsstelling van geneesmiddelen kan leiden. Bij het vaak gehoorde argument dat de grote ontwikkelingen in de geneesmiddeleninnovatie voortkomen uit landen waar de patent-wetgeving het sterkste is, dus landen als de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk, de Bondsrepubliek en Japan, kunnen wat kanttekeningen geplaatst worden. Vooral omdat met deze bewering vaak impliciet, of soms zelf expliciet gezegd wordt, dat een sterke patent-wetgeving de voornaamste of soms zelfs enige reden is waarom de genoemde landen belangrijke ontwikkelingen in de geneesmiddeleninnovatie voortbrengen. Allereerst gaat het hierbij al om de wetenschappelijk meest ontwikkelde landen op de wereld, landen die over een kwalitatief hoogwaardige wetenschappelijke kennis en infrastructuur beschikken. Daarnaast behoren zij ook tot de rijkste landen op de wereld en daarmee dus ook tot de beste afzetmarkten, ook voor produkten voor klachten die samenhangen met een hoog welvaarts-niveau of in andere landen een lage prioriteit hebben. Deze twee punten, kennis en afzetmarkt, dragen ook bij aan een verklaring waarom in en voor de bovengenoemde landen belangrijke ontwikkelingen in de geneesmiddeleninnovatie plaatshebben, waarmee het vaak als voldoende verklaring gehanteerde argument van de sterke patent-wetgeving ook wat van zijn voetstuk gehaald wordt en zelfs gedeeltelijk als een gevolg gezien kan worden van de aanwezigheid van een krachtige innovatieve industrie in die landen.

De **toegang tot noodzakelijke inputs** zoals grondstoffen wordt in de literatuur niet genoemd als een probleem voor geneesmiddelenproducenten, waaruit men op zou kunnen maken dat grondstoffen (de zogenaamde bulk-produkten) ruim voorradig zijn. Voor veel geneesmiddelenfabrikanten is de toegang tot grondstoffen verzekerd doordat, zoals al gezegd is, bedrijven een onderdeel van chemische concerns vormen. Daarnaast is, zoals hiervoor ook al opgemerkt is, bij de produktie van geneesmiddelen de grondstoffenprijs vaak maar een fractie van de kostprijs van een geneesmiddel. Van de produktiekosten van 22,7% van de consumentenprijs van geneesmiddelen [Farma Feiten 1993:4] gaat het overgrote deel op aan de relatief dure produktiemethode, vaak in steriele ruimtes met alle veiligheidsvoorzorgen in het kader van de zogenaamde *Good Manufacturing Practice* (GMP), een code die door de meeste producenten van geneesmiddelen gevolgd wordt.

Een **gunstige locatie** van het bedrijf speelt in Nederland, gezien de grootte van het land, voor de producenten geen uitgesproken belangrijke rol, in die zin dat de bestaande producenten over de beste locaties beschikken. Net als elke producent zal een geneesmiddelenproducent graag een goede toegang tot transportmogelijkheden willen hebben. Belangrijk is wel dat de buitenlandse producent die op de Nederlandse markt aanwezig is toch een importkantoor in Nederland heeft. Dit is vooral ook nodig vanwege het systeem van artsenbezoekers dat de fabrikanten van merkgeneesmiddelen gebruiken voor marketing en voorlichting over hun produkten.

In het algemeen zijn **subsidievoordelen** niet in concrete zin, zoals bijvoorbeeld in het geval van overheden die noodlijdende bedrijfstakken subsidiëren, van belang in de geneesmiddelensector. Toch is er sprake van een vaste ondersteuningsrelatie over en weer tussen voor een groot deel door overheden gefinancierde academische onderwijs- en onderzoeksinstellingen en farmaceutische bedrijven.

Het grootste deel van de innovaties in de geneesmiddelenindustrie, waarbij de schattingen veelal rond de 90% liggen, is afkomstig uit de laboratoria van bedrijven. Door de geheimhouding hoort men hier echter vaak minder over dan over het onderzoek op bijvoorbeeld universiteiten. Regelmatig zijn er wel samenwerkingsrelaties c.q. samenwerkingsprojecten tussen industrie en academia, ook vaak in de vorm van contract-research. De samenwerking kan voor beiden zowel om wetenschappelijke als economische motieven aantrekkelijk zijn. Vaak wordt een afbakening waargenomen, waarbij fundamenteel onderzoek veelal door academische instellingen gedaan wordt, terwijl het ontwikkelingsgericht onderzoek (met veelal veel gevoeliger informatie voor concurrenten) binnen de bedrijven plaats heeft. Zowel de universiteiten als de bedrijven maken zich dan ook zorgen wanneer onderzoekbudgetten aan academische instellingen worden gekort [STG 1991:13-14]. Zorg omtrent de omvang en kwaliteit van geneesmiddeleninnovatie en onderzoek in Nederland is wijd verspreid. Zo stelt het Platform Geneesmiddel Onderzoek Nederland (PGON), een vertegenwoordiging van een viertal Nederlandse verenigingen die meer dan 2000 wetenschappelijke onderzoekers vertegenwoordigen die werkzaam zijn in onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen, dat verschillende concrete bedreigingen innoverend geneesmiddelenonderzoek in Nederland ernstig bemoeilijken [PGON 1992:2]. Zo heeft Nederland een zwak ontwikkeld farmaceutisch industrie- en researchbeleid, worden geneesmiddelen te eenzijdig (door de overheden) als kostenpost beschouwd, zijn instrumenten voor multi-disciplinair onderzoek – essentieel voor geneesmiddelenonderzoek – onvoldoende ontwikkeld en worden Nederlandse universiteiten door het achterblijven van investeringen in geheel nieuwe methodologieën minder interessant als partner voor samenwerking voor de innoverende industrie [PGON 1992:2]. Sterker nog, het PGON signaleert dat Nederland op zowel het fundamenteel als het klinisch geneesmiddelenonderzoek duidelijk terrein dreigt te verliezen aan landen als de Bondsrepubliek, het Verenigd Koninkrijk en Zweden, doordat in deze landen steeds meer geïnvesteerd wordt in fundamenteel en klinisch onderzoek [PGON 1992:3].

Het **bezit van een leer/ervaringscurve** speelt in die zin een bijzondere rol in de geneesmiddelensector dat deze sector sterk afhankelijk is van hoog gekwalificeerd en goed opgeleid personeel voor onderzoek en ontwikkeling, maar ook voor verkoop en marketing. In arbeids-intensieve sectoren speelt de leer/ervaringscurve een grotere rol en in die zin is dit dan ook van belang voor de geneesmiddelensector, met name gericht op het concurrerend functioneren van onderzoek en ontwikkeling.

Ook **overheidsbeleid** kan gezien worden als een entree-barrière, wanneer dit beleid belemmerend is voor intreders in de *industry*, of de bestaande concurrenten bevoordeelt. Denkend aan overheidsbeleid als entree-barrière, mag de sluiting van Bijlage 6 binnen het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) – het voortaan

zeer selectief toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot Bijlage 6 van de Regeling farmaceutische hulp (zie Geneesmiddelenbrief 1993) – niet ongenoemd blijven. In Bijlage 6 staan de niet geclusterde geneesmiddelen die voor volledige vergoeding via de AWBZ in aanmerking komen (zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 4.4.5).

De sluiting van Bijlage 6 leidt tot een verminderde introductie van nieuwe geneesmiddelen, omdat deze per definitie een limiet-prijs krijgen. Nieuwe geneesmiddelen zijn meestal relatief duur en dit leidt tot bijbetaling voor de consument, hetgeen de populariteit van nieuwe geneesmiddelen niet ten goede komt. Voor producenten en importeurs vormt dit een barrière om nieuwe geneesmiddelen op de Nederlandse markt te introduceren. Daarbij is het echter niet zozeer van belang of men wel of niet al met andere geneesmiddelen op de Nederlandse markt aanwezig is. Voor zowel bestaande concurrenten als nieuwe toetreders vormt de sluiting van Bijlage 6 een hindernis van vergelijkbare hoogte.

De relatief complexe regelgeving in Nederland in het kader van het GVS en de consequenties die dit heeft voor de (prijs)strategie van ondernemingen op de Nederlandse markt zou men een entree-barrière kunnen noemen voor (nieuwe) toetreders. Toch moet dit niet als een entree-barrière gezien worden. Ten eerste is een referentie-prijs-systeem niet uniek voor Nederland. Duitsland ging Nederland al voor met het *Festbeträge*-systeem, waardoor producenten en importeurs die op de Duitse markt opereren – en dat zijn er meer dan op de Nederlandse markt – bekend waren met referentieprijsen. Ten tweede hebben bestaande concurrenten expertise ten opzichte van de omgang met het GVS systeem ook moeten verkrijgen en deze expertise is ook te koop voor ondernemingen. De relatief complexe regelgeving wordt daarom niet specifiek gezien als een entree-barrière in het kader van de determinant overheidsbeleid.

Naar aanleiding van de determinant overheidsbeleid in het kader van de concurrentiekracht van potentiële toetredingen, die bepaald worden door de toetredings-barrières, wordt hier geconcludeerd dat overheidsbeleid op zich niet bijgedragen heeft aan het vormen van entree-barrières in het voordeel van bestaande concurrenten, noch gericht is geweest op het wegnemen van bestaande entree-barrières. De determinant overheidsbeleid binnen de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen speelt daarom als entree-barrière geen belangrijke rol ten aanzien van een verhoging of verlaging van de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen.

De te **verwachten tegenmaatregelen** die intreders tegemoet kunnen zien binnen een *industry* kunnen sterk zijn wanneer een markt een sterke traditie van vergelding kent, wanneer er veel middelen voor vergelding bestaan en de belangen om de status quo te behouden zeer wezenlijk zijn, bijvoorbeeld wanneer de markt weinig of niet groeit en intreding dus altijd ten koste gaat van de marktaandeelen van bestaande aanbieders.

Een gemiddelde groei van de omzet van geregistreerde geneesmiddelen van ruim 9% in de periode 1987-1991 [Nefarma Jaarverslag 1991:11], geeft geen aanleiding om te veronderstellen dat de markt weinig of niet gegroeid is. Belangrijker is echter, in het kader van de determinant van te verwachten tegenmaatregelen op het niveau van de Nederlandse markt, om nogmaals het multi-nationale karakter van de in Nederland aanwezige producenten en impor-

teurs te benadrukken. Op een enkele uitzondering na zijn de in Nederland aanwezige producenten en importeurs dochterondernemingen van buitenlandse bedrijven. Voor deze bedrijven zal een land als Nederland, waar om en nabij 1% van de wereldomzet van geneesmiddelen gerealiseerd wordt, relatief onbelangrijk zijn. Dochterondernemingen zullen op de Nederlandse markt zelden onafhankelijk kunnen opereren en de belangen van het moederbedrijf op internationaal niveau, alsmede strategieën in landen waar men grotere omzetten kan realiseren, zullen zeker prevaleren.

De determinant te verwachten tegenmaatregelen voor producenten van geneesmiddelen – gericht op de relatie tussen bestaande aanbieders en eventuele intreders – is daarmee op nationaal niveau niet van belang. Een onderzoek naar de werking van vergelding zou gezien de schaalgrootte van de farmaceutische industrie eerder zinnig zijn op bijvoorbeeld Europees niveau.

Naar aanleiding van deze paragraaf kan hier geconcludeerd worden dat potentiële toetredingen, welke bepaald worden door de aanwezige entree-barrières, belangrijk zijn voor producenten in de geneesmiddelensector. De barrières om in en uit te treden zijn zeer hoog, waarbij de determinanten schaalvoordelen, produktdifferentiatie, benodigd kapitaal, toegang tot distributiekkanalen, eigendom van produkt-technologie en het bezit van een leer/ervaringscurve in het voordeel van bestaande concurrenten werken en daarmee de intensiteit van de concurrentie verlagen zoals ook weergegeven is in figuur 3.5, waarbij tevens enige accenten daarbinnen aangegeven zijn.

Figuur 3.5 Potentiële toetredingen voor producenten in de geneesmiddelensector

Concurrentie-intensiteit verlagend	Concurrentie-intensiteit verhogend
<ul style="list-style-type: none"> – Schaalvoordelen (onderzoek en ontwikkeling) – Produktdifferentiatie (merkentrouw) – Benodigd kapitaal (onderzoek en ontwikkeling) – Toegang tot distributiekkanalen – Eigendom van produkt-technologie (octrooien) – Leer/ervaringscurve (onderzoek en ontwikkeling) 	

De determinanten overstapkosten, toegang tot noodzakelijke *inputs*, gunstige locaties, subsidievoordelen, overheidsbeleid en te verwachten tegenmaatregelen zijn, zoals bij de bespreking hiervoor geconcludeerd is, minder van belang in termen van potentiële toetredingen op het producentenniveau in de geneesmiddelensector, terwijl deze determinanten ook niet in het voordeel werken van eventuele nieuwe concurrenten waardoor deze determinanten zouden bijdragen aan

een verhoging van de intensiteit van de concurrentie. In figuur 3.5 zijn deze determinanten dan ook niet opgenomen.

3.2.2 Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor producenten

Met betrekking tot de determinant **concentratie (en evenwicht)** kan men in algemene termen (internationaal gezien) stellen dat de farmaceutische industrie een zeer sterk gesegmenteerde en gering geconcentreerde *industry* is. Er bestaan veel producenten, die meestal slechts op een aantal deelmarkten – zoals die voor cardiovasculaire-, maagdarm-middelen, psychofarmaca, ontstekingsremmers, antibiotica, oncolytica en contraceptiva, om een aantal belangrijke te noemen – actief zijn. Dit betekent dat elk van de bedrijven op de totale markt voor geneesmiddelen een relatief klein aandeel heeft, zoals ook blijkt uit de onderstaande tabel waarin de tien grootste farmaceutische bedrijven gerangschikt zijn naar wereldwijde omzet.

Desondanks hebben de 100 grootste innovatieve geneesmiddelenproducenten ongeveer 80% van de verkoop van geneesmiddelen in handen. Dat de markt voor geneesmiddelen op wereldniveau sterk gesegmenteerd is in deelmarkten, wil niet zeggen dat er geen concentratietendensen te zien zijn. Recentelijk lijkt er zelfs sprake te zijn van een aanzienlijk aantal fusies en acquisities. Zo fuseerden bijvoorbeeld SmithKline met Beecham en Bristol Meyers met Squibb, hetgeen deze bedrijven een plaats in de Top-10 bezorgde. Interessant is daarbij ook dat het in deze twee gevallen om een fusie tussen een Amerikaans en een Europees bedrijf ging. Gezien de verwachte totstandkoming van een gezamenlijke Europese markt voeren steeds meer Amerikaanse en Japanse bedrijven een strategie gericht op samenwerking met Europese partners [STG 1993:50]. In Nederland werd bijvoorbeeld de farmadivisie van Gist-Brocades overgenomen door het Japanse Yamanoichi en heeft Duphar in Weesp een marketing-overeenkomst op het gebied van psychofarmaca met het Amerikaanse bedrijf Upjohn [STG 1993:53].

Voorbeelden van acquisities zijn de overname van Sterling Drug door Eastman-Kodak en Rorer door Rhone-Poulenc. Allerlei vormen van samenwerking op het gebied van ontwikkeling, registratie en marketing komen voor. De aantallen *joint-ventures* tussen bedrijven, zoals die van Sanofi met Sterling en Merck & Co met de farmaceutische divisie van Dupont [STG 1991:30-31] zijn overweldigend. Voor een overzicht van samenwerkingsvormen i.c. het strategisch gedrag van de Europese farmaceutische industrie wordt verwezen naar De Wolf [1993], die uitgaat van een databank van ongeveer 700 fusies en overnames.

Tabel 3.4 De tien grootste farmaceutische bedrijven gerangschikt naar wereldwijde omzet, 1990

Bedrijf	% farma totale omzet	% markt wereld	% markt EG	% markt NL
Merck & Co	82	3.0 – 3.5	3.0 – 3.5	6.0 – 6.5
Glaxo	100	2.5 – 3.0	3.5 – 4.0	8.0 – 8.5
Bristol M S	48	2.5 – 3.0	2.5 – 3.0	2.5 – 3.0
Bayer	18	2.0 – 2.5	3.0 – 3.5	1.5 – 2.0
Hoechst	17	2.0 – 2.5	4.0 – 5.0	2.0 – 2.5
Eastman Kodak	22	2.0 – 2.5	< 1.5	0.0 – 0.5
Ciba Geigy	30	2.0 – 2.5	3.0 – 3.5	3.0 – 3.5
SmithKline B	52	2.0 – 2.5	3.5 – 4.0	4.0 – 4.5
Sandoz	45	2.0 – 2.5	2.0 – 2.5	2.0 – 2.5
American Home	49	1.5 – 2.0	< 1.5	1.5 – 2.0

Bron: STG 1991:30 op basis van Scrip Review Issue Scrip 1990 en ABN Investment Research Department 1990.

Als alleen naar de deelmarkten gekeken wordt dan zijn wel belangrijke concentraties te vinden, waarbij in sommige deelmarkten zelfs van monopolistische en oligopolistische structuren gesproken kan worden. Zo had bijvoorbeeld het Deense Novo in 1987 maar liefst 34% van de wereldmarkt voor insuline in handen [Taggart 1992:12]. De relatief hoge concentratie en specifieke structuren die te vinden zijn binnen deelmarkten leiden ertoe dat de rivaliteit toch vaak niet zeer groot is. In Nederland zijn slecht weinig bedrijven te vinden die zich met onderzoek en ontwikkeling bezighouden. Daarnaast is het gezien de aard van de geneesmiddelenmarkt – dat wil zeggen haar opdeling in deelmarkten – te verwachten dat niet alle geneesmiddelen die in Nederland gebruikt worden ook daar geproduceerd worden. Nederland kent slechts een beperkt aantal geneesmiddelenproducenten, waarvan de meeste dan nog eigendom zijn van buitenlandse ondernemingen.

De grootste – en in zekere zin enige Nederlandse – innovatieve producent is Organon, een onderdeel van het Akzo concern. Organon heeft vooral een sterke positie op de Europese markt voor orale contraceptiva, waarbij haar (deel)markt-aandeel geschat wordt op 24%, en wereldwijd op ongeveer 9%. Daarnaast is Organon nog actief op de deelmarkten voor psychofarmaca en cardio-vasculaire middelen. De farmadivisie (voor eindprodukten) Brocades Pharma van Gist-Brocades, vooral gespecialiseerd in antibiotica, werd in 1990 verkocht aan het Japanse bedrijf Yamanouchi en Duphar – voormalig eigendom van Philips – maakt nu deel uit van het Belgische Solvay. Duphar houdt zich vooral bezig met psychofarmaca, maag-darm- en (cardio-) vasculaire middelen en vaccins. Tot slot kunnen dan nog vooral productie en/of om- en verpakkingsbedrijven worden aangetroffen, zoals de produktieafdeling van Merck & Co in Haarlem en die van het Duitse Byk in Zwanenburg [STG 1991:32]. De generieke productie in

Nederland is voor het grootste gedeelte in handen van de Nederlandse groothandel. Waarbij OPG de twee grootste producenten van generieke geneesmiddelen bezit: Pharmachemie en Pharbita. Samen met Magnafarma, eigendom van de groothandel Brocacef, hebben deze drie aanbieders van generieke producten een marktaandeel van 65% [Bijsluiters 5, 1992:37].

Naast geneesmiddelenproducenten bestaan er in Nederland een aantal toeleveranciers van grondstoffen en *intermediates* (half-fabrikaten), zoals DSM Andeno en Diosynth (net als Organon een onderdeel van Akzo). Deze *intermediates*-industrie, ook wel fijnchemie genoemd, is zeer internationaal-georiënteerd. Gist-Brocades' Industrial Pharmaceutical Products Division (IPPD), een deel van de farma-poot van Gist-Brocades, die niet aan Yamanouchi verkocht werd, levert grondstoffen en (bulk)*intermediates* aan de farmaceutische industrie. IPPD is de grootste industriële producent van penicilline op de wereld en heeft een belangrijk aandeel op de markt voor van penicilline afgeleide *intermediates*, die gebruikt worden voor de productie van antibiotica [Jaarboek van Nederlandse Ondernemingen 91-92:101]. Ook op het gebied van *joint-ventures* is Gist-Brocades actief. Begin 1993 werd bekend gemaakt dat Gist voor 50% deelneemt in een *joint-venture* met het Indiase bedrijf Max India Ltd, één van de grootste ondernemingen op het gebied van antibiotica in India. Het nieuwe bedrijf Max-GB, met 450 werknemers die voorheen het grootste deel vormden van de werknemers van Max India Ltd, richt zich met name op verhoging van de kwaliteit en efficiëntie bij de productie van antibiotica [NRC 04.02.93].

Een **langzame groei in de bedrijfstak** betekent dat concurrentie omslaat in pogingen tot het veroveren van marktaandelen van anderen, wanneer men wil groeien, hetgeen tot intensivering van de rivaliteit zal leiden. De geneesmiddelen-sector in Nederland groeit behoorlijk elk jaar. Over de periode 1986 tot en met 1990 bedroeg de gemiddelde percentuele jaarlijkse groei van de farmaceutische hulp en hulpmiddelen 8,1%, terwijl de gehele zorgsector gemiddeld jaarlijks met 3,7% groeide in deze periode. Deze groei is overigens niet alleen te wijten aan een groter volume, als gevolg van factoren als de vergrijzing in de Nederlandse samenleving. Een heel groot deel van deze groei wordt veroorzaakt door de substitutie van goedkopere door duurdere middelen. De groei van het volume, in termen van het aantal verpakkingen, is in tabel 3.5 weergegeven.

Tabel 3.5 *Volume groei Nederlandse geneesmiddelensector, 1986-1991 (in toename van het aantal verpakkingen)*

Jaar	Volume groei in procenten
1986	1,3
1987	-0,3
1988	0,0
1989	10,8
1990	10,3
1991	4,4

De gemiddelde procentuele jaarlijkse groei van de uitgaven voor farmaceutische hulp bedroeg 6,7% voor de periode 1987-1991, waarbij 1990 een topjaar was met een uitgavengroei van 11,2% [FOZ 1993:185]. Op de Nederlandse markt is sprake van een redelijke groei en een groter eigen marktaandeel hoeft niet (helemaal) ten koste te gaan van de marktaandelen van anderen, waardoor geen bijdrage geleverd wordt aan een intensivering van de rivaliteit.

Een drietal determinanten van de intensiteit van de rivaliteit **hoge vaste- en voorraadkosten, periodieke overcapaciteit en grote produktiehoeveelheden** zijn hier samen genomen vanwege de inhoudelijke overkomsten tussen hetgeen hierover te zeggen valt. Hoge vaste- en voorraadkosten kunnen er toe leiden dat er een sterke druk op ondernemingen bestaat om de productiecapaciteit zeer zorgvuldig af te wegen tegen de mogelijke afzet. Bij overcapaciteit kiest men, binnen een concurrerende *industry*, dan relatief snel voor prijsverlagingen. Periodieke overcapaciteit kan los van een directe kostenafweging voorkomen en is gerelateerd aan een noodzaak tot produktie in grote hoeveelheden.

De grotere producenten van geneesmiddelen exporteren verschillende vormen van produkten. Zo kunnen produkten helemaal klaargemaakt worden voor gebruik in een ander land – inclusief bijsluiters in de juiste taal – of kan men produkten in bulkgoederen aanleveren die dan in een dochteronderneming verwerkt worden. Tussen deze twee genoemde mogelijkheden is dan nog een scala van bewerkingen mogelijk. Deze mogelijkheden zorgen ervoor dat de farmaceutische bedrijven vaak dicht bij de klant kunnen produceren en sterk op specifieke behoeften in kunnen gaan, zodat bijvoorbeeld ook lokale wensen meegenomen kunnen worden bij de produktie van geneesmiddelen. Deze manier van produceren betekent dat er relatief weinig gevaar bestaat voor de negatieve effecten van produktie in grote hoeveelheden en overcapaciteit en ook de voorraadkosten tot een minimum kunnen worden beperkt, omdat het zelf mogelijk is pas te produceren wanneer een order binnen is. Overigens zullen in geval van overcapaciteit in de geneesmiddelensector prijsverlagingen, als gevolg van de al eerder genoemde in-elasticiteit van de geneesmiddelenprijzen, niet snel te verwachten zijn. Geconcludeerd wordt hier dat de drie bovengenoemde determinanten niet bijdragen aan een intensivering van de rivaliteit.

Een **gebrek aan differentiatie** heeft tot effect dat het moeilijker is om het eigen marktaandeel te beschermen. In en dergelijke situatie wordt het relatief gemakkelijker om marktaandeel ten koste van een andere producent te veroveren en zal een intensivering van de rivaliteit kunnen optreden. Bij de bespreking van de eerste concurrentiekracht is produktdifferentiatie in de geneesmiddelensector al – daar als entree-barrière – aan de orde geweest. Daar bleek al dat de produkt-differentiatie in de geneesmiddelensector bijzonder hoog is, hetgeen hier betekent dat dit bijdraagt aan een reductie van de intensiteit van de rivaliteit.

Een **gebrek aan overstapkosten** heeft net als een gebrek aan differentiatie tot effect dat het moeilijker is om het eigen marktaandeel te beschermen. Zoals al besproken is in de paragraaf over de eerste concurrentiekracht spelen overstapkosten geen belangrijke rol in de Nederlandse geneesmiddelensector. Het is relatief gemakkelijk om te wisselen van leverancier voor respectievelijk de groothandel en apotheker, terwijl tegelijkertijd de producenten voor de toelevering

van grondstoffen gebruik kunnen maken van verschillende producenten van bulkgoederen, die in veel gevallen deel uitmaken van hetzelfde chemische concern als de geneesmiddelenproducent. Zo is het Nederlandse Organon één van de zes Nederlandse bedrijven die deel uitmaken van de Farmadivisie van AKZO. In deze bedrijven worden onder andere grondstoffen voor de farmaceutische industrie gemaakt (Diosynth) en vrije-verkoop geneesmiddelen (Chefaro). Geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een gebrek aan overstapkosten in de geneesmiddelensector, hetgeen bijdraagt aan een intensivering van de rivaliteit.

Voor wat betreft de determinant **verscheidenheid aan concurrenten** kan worden opgemerkt dat de producenten op de Nederlandse markt sterk verschillen in bijvoorbeeld grootte, buitenlandse belangen en de aard van de produktie. Dezelfde situatie is ook internationaal te zien; het voorkomen van grote en kleine (inter)nationale producenten van merkgeneesmiddelen en generieke produkten, gekoppeld aan een situatie van deelmarkten met een noodzakelijk voorkomen van buitenlandse concurrenten, betekent een ondoorzichtiger markt en daarmee meer gelegenheid tot rivaliteit.

Bij het concurreren binnen een *industry* wakkeren **grote strategische (ondernemings-) belangen** de intensiviteit van rivaliteit aan. Voor producenten van merkgeneesmiddelen spelen grote strategische belangen mee, vooral ook vanwege het systeem van lange innovatietrajecten, met relatief kleine kansen op succes voor een bepaalde gevonden stof. Immers slecht een zeer klein deel van de NCE's (nieuw gevonden stoffen) eindigt als een geneesmiddel. De constante pogingen om als (één van de) eerste(n) met een nieuw middel op de markt te komen onderstreept de hoge strategische inzetten die daarmee samenhangen en de intensivering van de rivaliteit tussen bedrijven die dit tot gevolg heeft.

Zowel op economisch, strategisch als emotioneel niveau kunnen **hoge uittredebarrières** een rol spelen. Wanneer ze bestaan zal een onderneming er veel waarde aan hechten binnen een bepaalde *industry* te blijven en bereid zijn daarin intensief te concurreren. Voor de producenten van geneesmiddelen zijn de uittredebarrières zeer hoog. Zo hebben zij zeer gespecialiseerde bedrijfsmiddelen, hoge investeringen in onderzoek en ontwikkeling gedaan en zien de meeste producenten van geneesmiddelen juist hun produkt ook als iets heel bijzonders. Een geneesmiddel kan bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van het leven en zelfs levensreddend zijn, terwijl een discman (een draagbare CD-speler) toch een minder bijzonder imago heeft. Zelfs de uittrede uit een deelmarkt komt nagenoeg niet voor. Een bedrijf heeft een specialiteit of hooguit een paar specialiteiten — zoals het Nederlandse Organon reproductieve geneesmiddelen en in mindere mate psychofarmaca en cardiovasculaire geneesmiddelen — en beweegt zich dan ook voornamelijk op die markten. Zo maken de produktgroepen van orale contra-ceptiva en gynaecologische produkten ruim de helft van de omzet van Organon uit, zoals in tabel 3.6 te zien is.

Tabel 3.6 *Organon, produktgroepen als percentage van de omzet, 1990*

Produktgroep	Percentage
Orale contraceptiva	33
Mechanische contraceptiva	3
Gynaecologische produkten	20
Psychofarmaca (CNS-geneesmiddelen)	15
Cardiovasculaire produkten	6
Overige	23

Bron: Organon/Akzo, Kerngegevens Organon, 1991:3.

Geconcludeerd wordt hier dat voor wat betreft de concurrentiekracht van de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten de determinanten concentratie en evenwicht, groei, vaste- en voorraadkosten, periodieke overcapaciteit, produktiehoeveelheden en produktdifferentiatie, niet bijdragen aan een intensivering van de rivaliteit voor producenten in de geneesmiddelensector, of zelfs de intensiteit van de rivaliteit verlagen, zoals ook te zien is in de samenvatting in figuur 3.6, waardoor dit bijdraagt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie.

Zoals weergegeven is in figuur 3.6 dragen de determinanten: gebrek aan overstapkosten, de verscheidenheid aan concurrenten, grote strategische belangen en hoge uittrede-barrières bij aan een verhoging van de intensiteit van de rivaliteit voor producenten in de geneesmiddelensector en daarmee aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie.

Figuur 3.6 *Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor producenten*

Rivaliteitsverlagend	Rivaliteitsverhogend
<ul style="list-style-type: none"> – Concentratie en evenwicht – Redelijke groei – Vaste- en voorraadkosten – Periodieke overcapaciteit – Produktiehoeveelheden – Gebrek aan differentiatie 	<ul style="list-style-type: none"> – Gebrek aan overstapkosten – Verscheidenheid aan concurrenten – Grote strategische (ondernemings-) belangen – Hoge uittrede-barrières

3.2.3 Dreiging van substituten voor producenten

Naarmate de **winstmarge** binnen een bepaalde *industry* hoger is, zal het substitueren van produkten ook aantrekkelijker zijn. Het precies vaststellen van een winstmarge die in een bepaalde markt wordt gehaald, is echter geen eenvoudige zaak omdat het als zo laag mogelijk voorstellen van winstmarges voordelen heeft

voor aanbieders van produkten. Voor de producenten van geneesmiddelen noemde het ministerie van WVC in 1991 een gemiddeld winstpercentage (voor belastingen) van 28% [FOZ 1991, The Economist 27.01.90]. Nefarma stelt dat deze berekening, op basis van de jaarverslagen van vijf farmaceutische topbedrijven uit 1987: Merck, Squibb, Marion, Glaxo en Astra, niet representatief is voor het gemiddelde Europese innoverende farmaceutische bedrijf en noemt een gemiddelde winst (voor belastingen) van 16,5%, hetgeen neerkomt op een nettowinst van 10% [Bijsluiters 5 1991:7, Bijsluiters 6 1991:7 op basis van EFPIA, MPS, Swiss Pharma en Organon]. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat de winsten voor producenten van geneesmiddelen alleszins redelijk zijn zelfs als men uitgaat van de cijfers die door de industrie zelf gegeven worden en dat de grotere farmaceutische bedrijven dus ook relatief grotere winsten behalen. In ieder geval betekent een nettowinst van 10% een verbetering met cijfers van ruim tien jaar geleden. Zo geeft Nefarma voor 1979 een percentage van 6% op voor de netto winstmarge [EZ 1980:153]. Overigens kunnen individuele bedrijven nog ver boven dit soort percentages uitkomen. Zo heeft één van de grootste geneesmiddelenproducenten op de wereld Merck een bijzonder goede winstpositie, met een resultaat over 1992 van 1,98 miljard dollar bij een omzet van 9,7 miljard dollar [NRC 29.01.93], waarbij de winst dus op meer dan 20% van de omzet komt. Nog een bedrijf uit de Top-5 Glaxo haalde over de tweede helft van 1992 zelfs een bruto winst van 35% van de omzet [NRC 20.02.93]. Deze bedrijven verkeren daarmee in een situatie waar zeker in andere sectoren met jaloerse blikken naar gekeken zal worden. Marges van ruim 20% vormen geen uitzondering in de geneesmiddelensector. De tien bedrijven die in 1991 de grootste marges haalden zitten daar allemaal boven, zoals blijkt uit tabel 3.7.

Tabel 3.7 Rangschikking van de tien leidende farmaceutische bedrijven naar winstgevendheid, 1991

Bedrijf	Winst ¹ (in milj. \$)	Omzet (in milj. \$)	Marge (in %)
Merck & Co	2.570,2 ²	7.120,5	36,1
Mylan	32,7 ³	91,1	35,9
ICI	872,7 ⁴	2.525,4	34,6
Ares-Serono	180,6 ⁵	541,5	33,4
Johnson & Johnson	1.093,0 ⁵	3.303,0	33,1
Fisons	270,7 ⁶	893,6	30,3
Warner-Lambert	927,0 ⁵	3.081,0	30,1
Bristol-Myers Squibb	1.548,0 ⁵	5.261,0	29,4
Abbott	886,0 ⁵	3.161,0	28,0
Glaxo	1.649,1 ³	6.062,8	27,2

1) Winst als percentage van de omzet; 2) humane en dierprodukten; 3) net profit; 4) trading profit; 5) operating income; 6) activity profit.

Bron: Scrip Review Issue 1991:13.

Voor producenten van generieke geneesmiddelen wordt ervan uitgegaan dat de winstmarge minstens zo groot zal zijn als die van de fabrikanten van merk-geneesmiddelen. De prijs van generieke geneesmiddelen ligt dan weliswaar ongeveer 25% onder die van merk-geneesmiddelen [Lageweg e.a. 1989:12], maar producenten van generieke geneesmiddelen sparen bepaalde kosten (gedeeltelijk) uit die innovatieve geneesmiddelenproducenten wel maken. Zij zullen kunnen besparen op budgetten voor onderzoek en ontwikkeling, wetenschappelijke informatie en dienstverlening en marketing die bij een innovatief bedrijf respectievelijk 14,5%, 12,5% en 10% (tezamen 37%) van de gemiddelde kostenstructuur uitmaken [Bijsluiters 6, 1991:7].

Met betrekking tot de determinanten **de relatieve prijs van een substituuut en de geneigdheid tot substitueren** zijn, zoals in paragraaf 3.1.5 al besproken is, op het niveau van de innovatieve geneesmiddelenproducenten merk-geneesmiddelen waarop octrooi rust te substitueren met *me-too* produkten. Geneesmiddelen waarop het octrooi verlopen is, bieden kansen voor generieke producenten en in de Nederlandse situatie zijn dat vaak dochters van groothandelaren in geneesmiddelen. De substitutie met parallel-geïmporteerde geneesmiddelen biedt kansen voor de parallel-importeur, ook vaak een dochter van een groothandel. Beide determinanten – de relatieve prijs van een substituuut en de geneigdheid tot substitueren – zijn van belang voor zowel de producenten van merk- als die van generieke geneesmiddelen.

Bij de bespreking van de concurrentiekracht van de toetredingsbedreigingen is al geconcludeerd dat **overstapkosten** (de kosten die een afnemer of aanbieder moet maken om op een andere aanbieder of afnemer over te stappen) voor producenten van geneesmiddelen geen belangrijke rol spelen. In het kader van de dreiging van substituties werkt een gebrek aan overstapkosten als verhoging van de substitutiedreiging.

Naar aanleiding van deze paragraaf over de derde concurrentiekracht met betrekking tot de dreiging van substituten voor producenten kan geconcludeerd worden dat deze dreiging bijzonder groot is in de geneesmiddelensector, zoals ook weergegeven is in figuur 3.7.

Figuur 3.7 *Dreiging van substituten voor producenten*

Substitutiedreiging verlagend	Substitutiedreiging verhogend
	<ul style="list-style-type: none"> – Ruime winstmarge – Relatieve prijs van een substituuut – Geneigdheid tot substitueren – Gebrek aan overstapkosten

Zoals ook in deze figuur is weergegeven dragen alle determinanten bij aan een verhoging van de dreiging van substituten voor producenten in de geneesmiddelensector en daarmee ook aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie.

3.2.4 Onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders

Met betrekking tot de determinant **concentratie van aanbieders versus afnemers** zal een *industry* die een sterke concentratie van aanbieders kent of gedomineerd wordt door een paar ondernemingen, leveranciers meer invloed kunnen geven op het bepalen van prijzen, kwaliteit en voorwaarden, zeker als de afnemers talrijker, kleiner en/of gefragmenteerder zijn. In Nederland bestaat een situatie van veel (buitenlandse) producenten en importeurs tegenover relatief weinig groothandelaren, zodat geconcludeerd kan worden dat deze determinant in het voordeel van de groothandelaren werkt.

Wanneer er geen **substituten** binnen een *industry* aanwezig zijn, zullen de afnemers ook sterker afhankelijk zijn van bepaalde aanbieders, hetgeen ook een grotere onderhandelingsmacht met zich mee kan brengen. De (mogelijkheid tot) substitutie van produkten speelt, zoals al eerder geconcludeerd is, een belangrijke rol in de geneesmiddelensector, waardoor deze determinant niet in te delen is in het voordeel van de aanbieders.

In het kader van de determinanten **het belang van de afnemer (in prijs/volume) voor de aanbieder en het belang van het produkt voor de afnemer als input** is het van belang dat als een afnemer geen belangrijke klant is, dus geen belangrijk deel van de produktie afneemt in prijs of volume, dat een aanbieder deze afnemer relatief gemakkelijk zal kunnen missen en daardoor ook hogere eisen kan stellen. Naarmate het te leveren produkt voor de afnemer een belangrijker *input* is voor de totstandkoming van zijn produkt of dienst, zal ook de onderhandelingsmacht van de aanbieder groter worden. Als gekeken wordt naar de bestaande situatie waarin (volgesorteerde) groothandelaren van elke producent alle in Nederland geregistreerde medicijnen moeten kunnen leveren en als vooral gekeken wordt naar de substitutiemogelijkheden van de groothandel in de breedste zin van het woord, dan zou men hier kunnen concluderen dat deze determinanten niet direct in het voordeel van de aanbieder werken. De substitutiemogelijkheden die de groothandel heeft, maken deze vaak sterker dan de producent, behalve in de minder vaak voorkomende gevallen dat het om werkelijk uniek innovatieve medicijnen gaat en zelfs dan kan nog bijvoorbeeld parallelgeïmporteerd worden. Daarnaast beleveren de drie grote volgesorteerde groothandelaren ook zonodig elkaar.

Differentiatie beperkt de afnemer om van de ene aanbieder op de andere over te stappen, waarmee de aanbieder een grotere onderhandelingsmacht heeft. Differentiatie is onder andere een belangrijk marketinginstrument in de geneesmiddelensector, zoals al eerder geconcludeerd is. Differentiatie vormt een instrument voor de producent dat bijvoorbeeld gebruikt kan worden om de groothandel het substitueren met bijvoorbeeld generieke geneesmiddelen te bemoeilijken.

Met betrekking tot de determinant **overstapkosten van de aanbieder in verhouding met die van de afnemer** is het van belang dat hoge overstapkosten de afnemer beperken om van de ene aanbieder op de andere over te stappen, waarmee de aanbieder grotere onderhandelingsmacht heeft, terwijl lage overstapkosten de onderhandelingsmacht van de aanbieder ondermijnen. Zoals al verschillende malen hiervoor geconcludeerd is, spelen overstapkosten nauwelijks

een rol in de relatie producent-groothandel en is deze determinant niet van wezenlijk belang.

Een **vermogen tot voorwaartse integratie** betekent een vergroting van de onderhandelingsmacht van de aanbieders. Voor de producent van merkgeneesmiddelen is het opstarten van een farmaceutische groothandel problematisch. De belangrijkste reden daarvoor is dat de levering aan de groothandel en de aflevering aan de apotheek bijzonder concurrentiegevoelige informatie vormen. Andere producenten zouden niet graag zien dat één producent die een groothandel bezit over deze informatie zou beschikken. De opdeling in deelmarkten (zie paragraaf 3.2.2) maakt het onmogelijk dat één of zelfs een paar producenten een (volledig volgesorteerde) groothandel zouden kunnen bevoorraden. Fabrikanten van merkgeneesmiddelen houden zich heel sterk bezig met hun *core-business* en zelfs relatief gemakkelijk te nemen initiatieven als het tevens produceren van generieke geneesmiddelen komen niet veelvuldig voor. De weinige voorbeelden daarvan – zoals de generieke producent Multipharma, een dochteronderneming van de specialité-producent Ciba-Geigy – zijn vooral te zien als uitzonderingen die de regel bevestigen. Eerder lijken de innovatieve bedrijven juist weer de rijen te sluiten, hetgeen ook blijkt uit de recente hervormingen binnen de belangengroepering voor geneesmiddelenproducenten en -importeurs Nefarma. Nefarma is zich weer vooral aan het omvormen tot een belangengroepering van de innovatieve industrie, hetgeen in hoofdstuk 4 nog uitgebreid aan de orde zal komen.

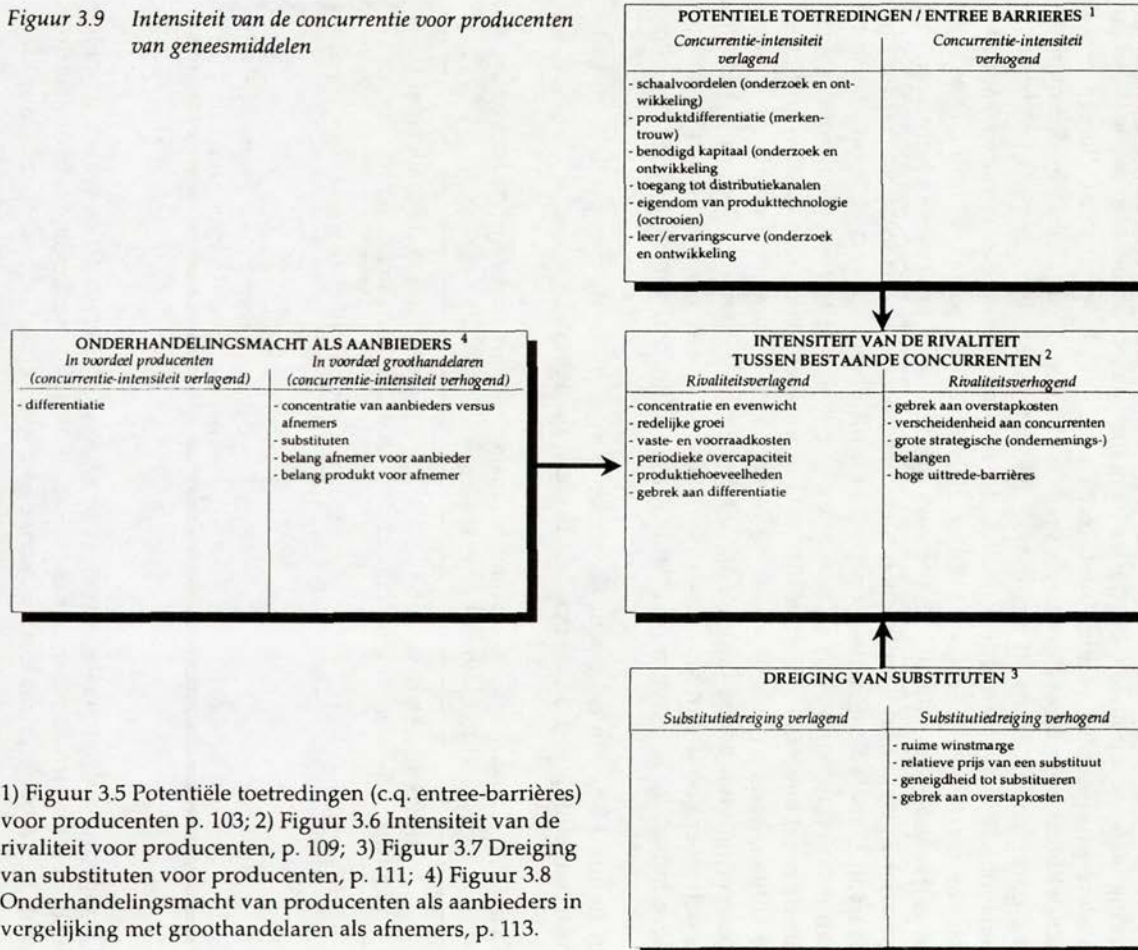
In figuur 3.8 is een overzicht te vinden van de indeling van de determinanten naar aanleiding van de bespreking in deze paragraaf.

Figuur 3.8 Onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders in vergelijking met groothandelaren als afnemers

In voordeel producent (concurrentie-intensiteit verlagend)	In voordeel groothandelaren (concurrentie-intensiteit verhogend)
– Differentiatie	– Concentratie van aanbieders versus afnemers – Substituten – Belang afnemer voor aanbieder – Belang produkt voor afnemer

De determinanten overstapkosten (van aanbieders versus afnemers) en de mogelijkheid tot voorwaartse integratie zijn niet in de figuur opgenomen omdat deze, zoals hiervoor geconcludeerd is, voor de verklaring van de onderhandelingsmacht van producenten in de geneesmiddelensector onvoldoende bijdragen.

Figuur 3.9 *Intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen*



1) Figuur 3.5 Potentiële toetredingen (c.q. entree-barrières) voor producenten p. 103; 2) Figuur 3.6 Intensiteit van de rivaliteit voor producenten, p. 109; 3) Figuur 3.7 Dreiging van substituten voor producenten, p. 111; 4) Figuur 3.8 Onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders in vergelijking met groothandelaren als afnemers, p. 113.

3.2.5 Afsluiting

In figuur 3.9 worden de resultaten van de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van de producenten van geneesmiddelen samengevat.

Volgens de procedure die in paragraaf 2.2.1 (hoofdstuk 2) toegelicht is, wordt figuur 3.9 als basis gebruikt om de resultaten van de analyse – met als tussenstap het tellen van determinanten die respectievelijk bijdragen aan een verlaging (con -) of verhoging (con +) van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van de producenten van geneesmiddelen – nader in een figuur uit te drukken (zie figuur 3.10). In tabel 3.8 wordt deze tussenstap weergegeven.

In tabel 3.8 worden tevens percentages gegeven voor de mate waarin het model benut is c.q. welke determinanten wel of niet gebruikt zijn bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van producenten van geneesmiddelen. Op deze plek wordt daarop verder niet ingegaan. In paragraaf 3.6 wordt daarover verder gesproken in een vergelijking van alle drie de in deze studie onderzochte *industries*, in het kader van een bespreking van de reikwijdte van het concurrentiekrachtenmodel in het kader van deze analyse.

Tabel 3.8 *Intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen, tellingen en percentages*

	AANTALLEN DETERMINANTEN				PERCENTAGES		
	in model	gebruikt	con -	con +	gebruikt	con -	con +
K1 Potentiële toetredingen	12	6	6	0	50	100	0
K2 Intensiteit van de rivaliteit	10	10	6	4	100	60	40
K3 Dreiging van substituten	4	4	0	4	100	0	100
K5 Onderhandelingsmacht als aanbieders	7	5	1	4	72	20	80
	33	25	13	12			

De intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen

In tabel 3.8 blijkt dat de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen voor producenten van geneesmiddelen zeer belangrijk is. De entree-barrières voor producenten zijn bijzonder hoog: 100% van de gebruikte determinanten werkt in het voordeel van de bestaande concurrenten binnen de *industry*. Geen van de determinanten uit het model werkt in het voordeel van nieuwe intreders. Vooral de begrippen onderzoek en ontwikkeling, merkentrouw en octrooien spelen in het kader van deze concurrentiekracht een belangrijke rol. Geconcludeerd wordt dat

voor producenten van geneesmiddelen de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen bijdraagt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie (con -) binnen de *industry*.

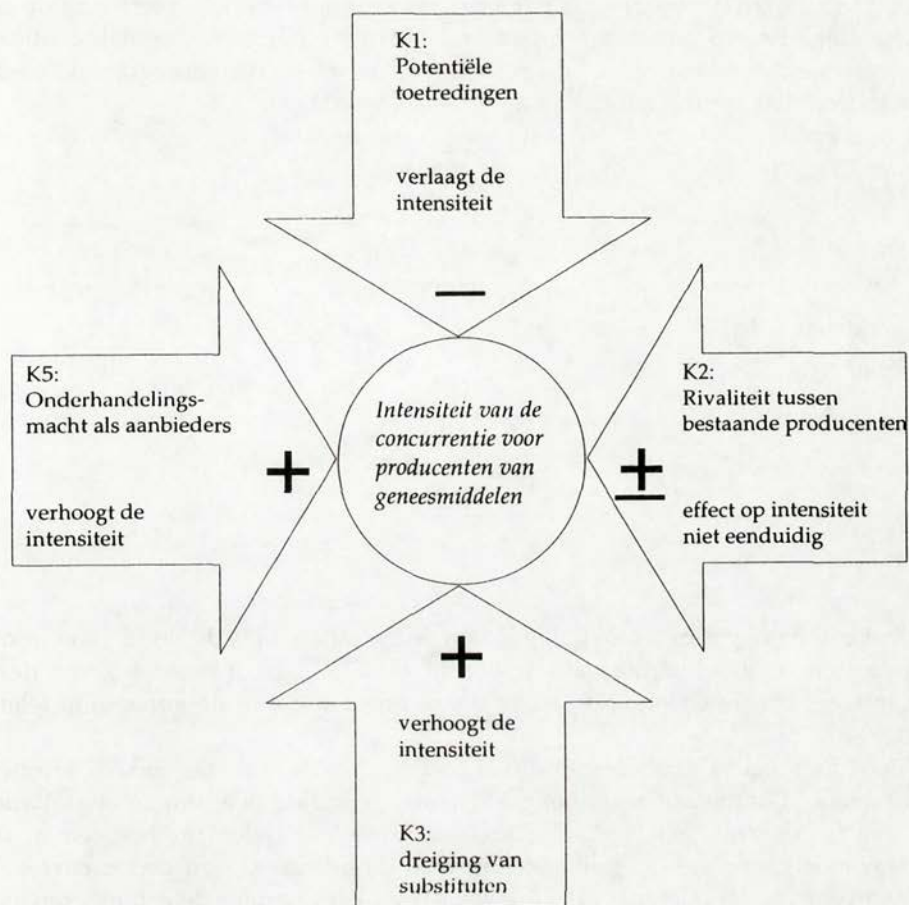
Bij de analyse van de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de *industry* van producenten blijken factoren als de onderverdeling in deelmarkten – met vaak monopolistische of oligopolistische structuren en de redelijke tot goede vooruitzichten op een jaarlijkse groei – niet bij te dragen aan een intensivering van de rivaliteit. Andere determinanten uit het model, zoals een gebrek aan overstapkosten en grote strategische (ondernemings-)belangen, werken rivaliteitsverhogend. Zoals weergegeven is in tabel 3.8 worden alle determinanten gebruikt en draagt 60% daarvan bij aan een verlaging van de intensiteit van de rivaliteit, terwijl 40% van de determinanten rivaliteitsverhogend werkt. Geconcludeerd kan worden dat voor producenten van geneesmiddelen de concurrentiekracht van de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten geen eenduidig effect heeft op de intensiteit van de concurrentie (con +/-) binnen de *industry*.

De dreiging van substituten is zeer hoog te noemen: 100% van de gebruikte determinanten werkt verhogend ten aanzien van de substitutiedreiging. De concurrentiekracht van de dreiging van substituten draagt daarmee bij aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie (con +) binnen de *industry* van producenten van geneesmiddelen.

Uit de analyse van de onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders in relatie tot groothandelaren als afnemers valt de relatief sterke positie van de groothandel op. Behalve differentiatie heeft de producent relatief weinig middelen in handen voor een sterke onderhandelingspositie. Voor de (onafhankelijke) producent van generieke geneesmiddelen gaat in principe eenzelfde redenering op als voor producenten van merkgeneesmiddelen, met de aantekening dat de onderhandelingsmacht van de groothandel tegenover beide groepen producenten versterkt wordt door het feit dat de groothandel in Nederland het grootste deel van de generieke productie zelf in handen heeft. In het kader van de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders, blijkt 20% van de gebruikte determinanten in het voordeel van de producenten als aanbieders te werken en daarmee bij te dragen aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie. De bijdrage aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie is echter groter. 80% van de gebruikte determinanten werkt in het voordeel van de groothandelaren als afnemers, hetgeen concurrentie-intensiteit verhogend werkt. Geconcludeerd wordt dat voor producenten van geneesmiddelen de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders in relatie tot groothandelaren als afnemers bijdraagt aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie (con +) binnen de *industry*.

De resultaten van de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van producenten van geneesmiddelen zijn samengevat in figuur 3.10, waarmee deze paragraaf afgesloten wordt.

Figuur 3.10 Model voor de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen



3.3 DE INTENSITEIT VAN DE CONCURRENTIE VOOR GROOTHANDELAREN IN GENEESMIDDELEN

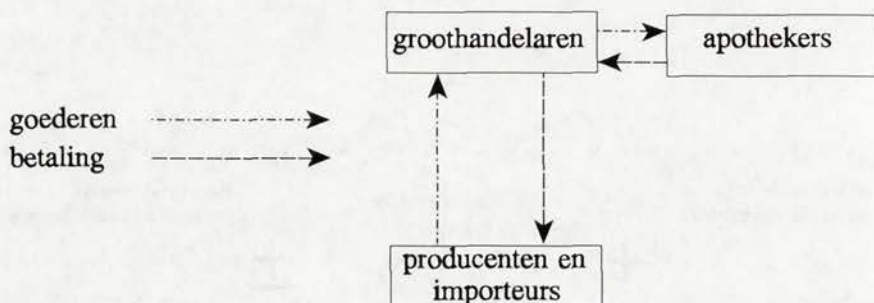
De farmaceutische groothandel heeft directe verbindingen met twee andere actoren in de geneesmiddelensector. De groothandel koopt geneesmiddelen van de producenten in en levert deze af aan de apotheekhoudenden. De groothandel zorgt zelf voor de betaling aan de leverancier en ontvangt betaling van de apotheker voor de aan hem geleverde goederen.

De verbindingen, die weergegeven zijn in figuur 3.11, komen terug in de hierna volgende bespreking van de intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen, waarbij alle vijf de concurrentiekrachten die in de inleiding genoemd worden aan de orde zullen komen.

De concurrentiekracht van de potentiële toetredingen (paragraaf 3.3.1), de intensiteit van de rivaliteit (paragraaf 3.3.2) en de dreiging van substituten

(paragraaf 3.3.3) spelen zich vooral op het groothandelsniveau af, zoals in de analyse duidelijk zal worden. De concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van de groothandel als afnemer (paragraaf 3.3.4) concentreert zich op de verbinding tussen producent en groothandel, terwijl bij de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van de groothandel als aanbieder (paragraaf 3.3.5) de verbinding tussen groothandel en apotheker centraal staat.

Figuur 3.11 Het relatieschema voor groothandelaren



De belangengroepering op het niveau van de groothandel is de Bond van Groot-handelaren in het Pharmaceutisch Bedrijf (BvG). In hoofdstuk 4 komt deze organisatie aan de orde, bij de analyse van de strategie in de geneesmiddelen-sector.

Een analyse als deze betekent dat al snel doublures in de bespreking kunnen voorkomen. Daarnaast draagt het grote aantal gebruikte determinanten ook niet bij aan de overzichtelijkheid. Om te voorkomen dat delen uit hetgeen in de voorgaande paragraaf bij de bespreking van de intensiteit van de concurrentie voor producenten nodeloos herhaald worden, zullen sommige determinanten niet steeds apart besproken worden. Voordat ter afsluiting van de bespreking van elke concurrentiekracht een overzichtsfiguur gegeven wordt, zullen deze determinanten genoemd worden en zal de manier worden toegelicht waarop daarmee omgegaan is.

3.3.1 Potentiële toetredingen voor groothandelaren

In Nederland bestaan momenteel drie grote farmaceutische groothandelaren die tezamen 80-90% van de Nederlandse thuismarkt voorzien. **Schaalvoordelen** zijn voor hen van belang wanneer het gaat om de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten en importeurs, in die zin dat er passend bij het volume van de bestellingen ook een bepaalde prijs per eenheid berekend kan worden. De Nederlandse volgesorteerde groothandelaren werken naar de apotheker toe met een mengeling van concurrentievormen, waarvan prijsconcurrentie er slechts één is. De zogenaamde service-concurrentie – bijvoorbeeld in de vorm van het binnen

een bepaald aantal uren afleveren van produkten en bestellingen standaard één tot twee keer per dag bij de apotheek langs brengen — hetgeen voor de apotheker een besparing is op de voorraadkosten — werkt beter wanneer men over het gehele land distributiepunten heeft en de kosten per levering van zo'n netwerk dalen natuurlijk naarmate de omzet hoger is.

De **produktdifferentiatie** die de volgesorteerde groothandel nastreeft en een uitgebreide service met vele aanverwante diensten voor apotheker en ziekenhuis, alsmede het 'in huis hebben' van veel alternatieven voor de direct door de producent of importeur geleverde merkgeneesmiddelen, werkt als een belangrijke entree-barrière op het niveau van de volgesorteerde groothandel.

Met betrekking tot de determinant **benodigd kapitaal** zijn voor de groothandel de voorraad- en distributiekosten en de daarmee samenhangende automatisering (met betrekking tot informatiestromen, bestellingen, logistiek e.d.) belangrijke kostenposten. Voorraad-onderhoud betekent investeren, omdat deze voorraad opgeslagen en beheerd moet worden. Bij de distributie, die voornamelijk uit stukgoederen bestaat, kan men in de sfeer van de efficiëntie eventueel wat bezuinigen. Om de apothekers ter wille te zijn en aan zich te binden hebben de groothandelaren in Nederland echter een strategie gevolgd die de twee bovengenoemde kostenposten niet reduceren. Door meerdere malen per dag te leveren met een focus op kwaliteit en bestelgemak voor de apotheker, hoeft de apotheker geen of weinig voorraad aan te houden en zijn de distributiekosten relatief hoog. Wat ooit begonnen is als een concurrentievorm i.c. service-concurrentie, is nu geworden tot een normaal verschijnsel, dat echter de kosten van de groothandel op een hoog niveau laat. De groothandel moet alle artikelen snel kunnen leveren en het benodigde landelijk servicenet daarvoor vereist grootschaligheid en daarmee grote investeringen. De uitzondering wordt hier dan ook alleen gevormd door de zogenaamde rugzakgroothandelaren (kleine groothandelaren die alleen goedlopende produkten verkopen), maar deze leveren dan ook niet zo regelmatig en kennen maar een beperkt assortiment. De rugzakgroothandel is nagenoeg altijd gelieerd aan een apotheek of een groep van apotheken. De keuze van die apotheken om daar — uit het beperkte assortiment van produkten met een grote omloopsnelheid — te kopen, hangt dan ook samen met de mogelijkheid om (een deel van) de groothandelsmarge te verdienen.

Overstapkosten zijn niet van doorslaggevend belang voor de (volgesorteerde) farmaceutische groothandel. De groothandel betreft specialité's bij de producent of importeur in Nederland of via parallel-import firma's, die verschillende groothandelaren als dochterondernemingen ook zelf in huis hebben. Generieke geneesmiddelen worden ook vaak door dochterondernemingen geproduceerd, de groothandelaren OPG en Brocacef hebben met drie dochters die generica produceren tezamen 65% van de Nederlandse markt voor generica in handen. De afnemer van de groothandel, de Nederlandse apotheekhoudende, is meestal al klant van verschillende groothandelaren, waardoor zelfs per bestelling de afweging gemaakt kan worden waar men deze zal bestellen. De groothandel poogt de apothekers op verschillende manieren aan zich te binden. Enerzijds door financiële stromen van apothekers naar groothandelaren, door bijvoorbeeld een coöperatievorm zoals bij OPG, waarbij ook winstaandelen worden uitgekeerd. Ander-

zijds door de financiering — tegen aantrekkelijke voorwaarden — van (startende) apothekers door groothandelaren of door leverancierskredieten. Bij de bespreking van de overstapkosten voor apothekers (paragraaf 3.4.3), worden meer voorbeelden van service- en margeconcurrentie gegeven.

Voor wat betreft de **toegang tot distributiekkanalen** levert de groothandel alle geregistreerde geneesmiddelen aan de apotheker, maar heeft zelf relatief weinig invloed op welk geneesmiddel uiteindelijk gebruikt wordt, omdat een arts uiteindelijk de keuze voor een produkt maakt. Een apotheker is vrij om een bepaalde groothandelaar te kiezen en apothekers zijn meestal klant bij meerdere groothandelaren. Interessant is hier eerder dat naarmate de substitutievrijheid toeneemt van de apotheker — waarmee de groothandel een directe relatie heeft — de groothandel meer mogelijkheden heeft om tot onderhandeling over bijvoorbeeld prijzen danwel kortingen met de producent van merkgeneesmiddelen te komen, omdat de groothandel een alternatief als generieke geneesmiddelen zelf in de hand heeft. Als entree-barrière werkt deze determinant in het voordeel van de bestaande aanbieders omdat deze relaties met apothekers hebben opgebouwd, bijvoorbeeld ook door aanvullende diensten, zoals *on-line* gegevensbanken en directe bestellingen.

Bij de verzameling van determinanten onder de noemer **kosten-nadelen onafhankelijk van schaal**, is voor de groothandel **eigendom van produkt-technologie** mogelijk te zien in termen van het eigendom van automatiseringstechnologie of distributie-technologie. In Nederland houden de drie belangrijkste groothandelaren op dit gebied redelijk gelijke tred, onder andere onder invloed van de al genoemde service-concurrentie, waarbij de grootste groothandel OPG mogelijk wat voorsprong heeft, ook als gevolg van wat meer schaalvoordeel. Grote verschillen bestaan er echter niet op het niveau van de volgesorteerde groothandel, waardoor deze determinant niet van wezenlijk belang is.

De **toegang tot noodzakelijke inputs**, dat wil zeggen alle geregistreerde geneesmiddelen, vormt voor de drie grote volgesorteerde groothandelaren geen probleem. In principe kunnen zij alle specialité's van producenten of importeurs betrekken en sommige substituten, zoals generieke geneesmiddelen of parallelgeïmporteerde geneesmiddelen, komen ook vaak via dochterondernemingen. Daarnaast belevaren de drie grote groothandelaren ook zonodig elkaar. Voor andere (kleinere) groothandels kan het verkrijgen van *alle* geregistreerde geneesmiddelen wel een probleem vormen, zeker wanneer het om produkten gaat die in principe alleen via dochterondernemingen van de volgesorteerde groothandel geleverd kunnen worden. Voor een toetreders op de markt zou dit dan ook een belangrijke entree-barrière vormen.

Met betrekking tot **gunstige locaties** voor het bedrijf is voor de volgesorteerde groothandel een vestigingsnet over het hele land belangrijk, van waaruit zij snel kunnen leveren in het kader van wat eerder al de onderlinge service-concurrentie tussen groothandelaren genoemd is. De spreiding van locaties is voor de reguliere groothandel dus belangrijk en dit vormt als zodanig vanwege de hoge kosten die zo'n distributienetwerk met zich meebrengt wel een entree-barrière voor intreders.

Subsidievoordelen zijn niet van belang in het kader van het bedrijf van de groothandel in Nederland en als zodanig werkt deze determinant dus ook niet als een entree-barrière.

Ook het **bezit van een leer/ervaringscurve** speelt bij de groothandel een belangrijke rol waar het gaat om hoog gekwalificeerd en goed opgeleid personeel voor bijvoorbeeld verkoop en marketing. Toch is dit bij groothandelaren veel minder belangrijk dan bij (innovatieve) producenten van geneesmiddelen omdat de gerichtheid op het concurrerend functioneren van onderzoek en ontwikkeling bij groothandelaren niet plaatsheeft. Een leer/ervaringscurve bij automatisering is belangrijker voor de volgesorteerde groothandel, vooral omdat deze deel uitmaakt van een goede bescherming tegen nieuwe intreders op het niveau van de volgesorteerde groothandel.

Met betrekking tot het **overheidsbeleid** zijn voor de groothandelaren daarbij in grote lijnen dezelfde ontwikkelingen van belang die al genoemd zijn in paragraaf 3.2.1 met betrekking tot de potentiële toetredingen voor producenten. Geen van de door de Algemene Rekenkamer in 1992 geëvalueerde instrumenten ten behoeve van het geneesmiddelenbeleid die sinds 1982 gebruikt zijn, is specifiek op de groothandel gericht. Het overheidsbeleid heeft op zich dan ook niet bijgedragen aan het vormen van entree-barrières in het voordeel van bestaande concurrenten binnen de *industry* van groothandelaren, noch is het gericht geweest op het wegnemen van bestaande entree-barrières. De determinant overheidsbeleid binnen de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen heeft daarom als entree-barrière voor groothandelaren geen wezenlijke betekenis.

De **te verwachten tegenmaatregelen** die intreders tegemoet kunnen zien binnen een *industry* kunnen sterk zijn wanneer een markt een sterke traditie van vergelding kent, wanneer er veel middelen voor vergelding bestaan en de belangen om de status quo te behouden zeer wezenlijk zijn, bijvoorbeeld wanneer de *industry* weinig of niet groeit en intrede dus altijd ten koste gaat van de marktaandeelen van bestaande aanbieders.

Binnen de Nederlandse geneesmiddelensector zijn de tegenmaatregelen in het verleden vooral beperkt geweest tot de weigering om goederen te leveren, zoals in het geval van de groothandel OPG die weigerde om goederen te leveren ten behoeve van via de PTT gedistribueerde geneesmiddelen. Ten aanzien van sommige initiatieven, waartegen men vergeldingsacties zou verwachten, is er nauwelijks sprake van werkelijke tegenmaatregelen op groothandelniveau. Als een belangrijk voorbeeld in dit kader zou men eens naar de rugzakgroothandelaren kunnen kijken. Deze inkoopgroothandelaren van (groepen van) apothekers worden door nagenoeg iedereen als een ongewenst fenomeen bestempeld. De reguliere groothandel acht het onfatsoenlijk om alleen de zogenaamde *fast-movers* te verhandelen en de belangengroeperingen van zowel apothekers (KNMP) als producenten (Nefarma) veroordelen deze rugzakgroothandelaren ook. Toch starten verschillende (partners van) apothekers rugzakgroothandelaren op en leveren producenten en importeurs ook aan deze rugzakgroothandelaren gewoon hun produkten af. Over de rugzakgroothandelaren is veel gepraat en verschillende voorstellen om met deze — in de ogen van bijna alle partijen — ongewenste ontwikkeling af te rekenen hebben op tafel gelegen. Zo is bijvoorbeeld voorgesteld

om in ziekenfondscontracten op te nemen dat het betrekken van geneesmiddelen van oneigenlijke (niet-reguliere) groothandelaren verboden is, met als straf daarvoor contractontbinding. Verder werd gedacht aan koppeling van de groothandelsvergunning aan minimale omzet of een minimaal aantal klanten. Geen van deze of andere ideeën is uitgevoerd en de rugzakgroothandelaren bestaan nog steeds, waarbij sommige van deze bedrijven een behoorlijke omvang hebben weten te bereiken.

Naar aanleiding van deze paragraaf kan hier geconcludeerd worden dat entree-barrières een belangrijke rol spelen in het kader van de intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in de geneesmiddelensector. De entree-barrières zijn zeer hoog, waarbij de determinanten schaalvoordelen, produkt-differentiatie, benodigd kapitaal, toegang tot distributiekkanalen, toegang tot noodzakelijke *inputs*, (gunstige) locaties, het bezit van een leer/ervaringscurve en (tot op zekere hoogte) te verwachten tegenmaatregelen in het voordeel van bestaande concurrenten en daarmee bijdragen aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie, zoals ook weergegeven is in figuur 3.12.

Figuur 3.12 Potentiële toetredingen voor groothandelaren

Concurrentie-intensiteit verlagend	Concurrentie-intensiteit verhogend
<ul style="list-style-type: none"> – Schaalvoordelen – Produktdifferentiatie – Benodigd kapitaal – Toegang tot distributiekkanalen – Toegang tot noodzakelijke inputs – (Gunstige) locaties – Bezit van een leer/ervaringscurve – Te verwachten tegenmaatregelen 	

De determinanten overstapkosten, eigendom van produkt-technologie, subsidievoordelen en overheidsbeleid zijn naar aanleiding van de bespreking hiervoor niet opgenomen als entree-barrières op groothandelniveau, omdat deze noch in het voordeel van de bestaande concurrenten, noch ten voordele van nieuwe intreders werken. Geen enkele determinant van de concurrentiekracht van potentiële toetredingen werkt in het voordeel van nieuwe intreders waardoor niet bijgedragen wordt aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie, waarmee tot slot hier geconcludeerd kan worden dat entree-barrières in de geneesmiddelensector voor groothandelaren bijzonder hoog zijn; waarbij dan gedacht wordt aan de reguliere (volgesorteerde) groothandel en de relatief laagdrempelige niet-volgesorteerde (eventueel rugzak-)groothandel buiten beschouwing gelaten wordt.

Toch speelde zich een nieuwe ontwikkeling af bij de verzekeraar Geové, die na een periode van experimenteren definitief besloot om geneesmiddelen – via de PTT – op een adres naar keuze te laten bezorgen. Wanneer de groothandelsfunctie overgenomen wordt en een dergelijke ontwikkeling op grote schaal navolging zou

krijgen, dan kan dit een belangrijke nieuwe intrede binnen de *industry* voor groothandelaren vormen. Gezien de conclusies die hiervoor in figuur 3.12 samengevat zijn is de kans van slagen van het Geové-initiatief op de langere termijn theoretisch gesproken niet groot. Het evenaren van de bestaande volgesorteerde groothandel is zeer moeilijk, de sterke kanten van een dergelijk initiatief en daarmee ook de kans op succes, hangen eerder af van een meerwaarde ten opzichte van de bestaande distributiestructuur, gekoppeld aan een zorgverzekering. Daarbij valt te denken aan het thuisbezorgen van medicijnen door de PTT, in plaats van de gang naar de apotheek en een mogelijke reductie van de ziektekostenpremie voor de consument, als gevolg van kostenvoordelen door het ineenschuiven van groothandel en apotheek en distributie via het (bestaande!) uitgebreide PTT-distributienetwerk.

3.3.2 Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor groothandelaren

Voor wat betreft de determinant **concentratie (en evenwicht)** is de Nederlandse markt voor groothandelaren zeer sterk geconcentreerd; de aandelen van de drie grote volgesorteerde groothandelaren worden geschat op 80-90%, zoals te zien is in tabel 3.9.

Tabel 3.9 Marktaandeelen op de thuismarkt van Nederlandse groothandelaren

Groothandelaar	(NEDERLANDS) MARKTAANDEEL (IN PROCENTEN)		
	FD (1991)	NRC (1990)	FD (1993)
1. OPG	43	50*	40
2. Brocacef	30	27	20
3. Interpharm	16	17	20
4. Overigen	11	6	20

* OPG en Medicopharma

Bron: FD 05.11.91, NRC 24.01.92 en FD 07.10.93.

In blok 3.1 wordt enige achtergrondinformatie gegeven over de drie (grote) Nederlandse volgesorteerde groothandelaren. Andere groothandelaren, buiten de drie die in de tabel met name genoemd worden, zijn gespecialiseerd in generieke geneesmiddelen, parallel-import en kleine (niet-volgesorteerde groothandelaren) – soms opgericht door een groep van apothekers, danwel individuele apothekers, de zogenaamde rugzak-groothandelaren. De grootste daarvan zijn Mosadex (Zuid-Limburg), Regifarm (Rotterdam) en Pluripharm (Noord-Holland). Op het niveau van de volgesorteerde groothandel zijn deze 'andere groothandelaren' geen directe concurrenten. Wel bedreigen zij de volgesorteerde groothandel met het wegstapen van marktaandeel met betrekking tot goedlopende produkten, de *runners of fast-movers* waarop in verhouding het meeste te verdienen is.

*Blok 3.1 De drie grote volgesorteerde Nederlandse groothandelaren**OPG*

De OPG-groep heeft een coöperatieve grondslag en is opgericht door apothekers in 1899 om via gezamenlijke inkoop van grondstoffen aan kwaliteitsverbetering te kunnen doen. Ongeveer 85% van alle apotheekhoudenden is lid van de coöperatieve vereniging OPG. De kernactiviteit van de OPG-groep is de marketing, distributie en fabricage van geneesmiddelen en medische produkten. De 15 business-units van de OPG-groep zijn ingedeeld in vier sectoren: groothandel en distributie; farmaceutische produktie en handel; dienstverlening. In het boekjaar 1992/93 was de totale netto omzet van de OPG-groep 1985 miljoen gulden, met een bedrijfsresultaat van 93 miljoen gulden. De sector groothandel en distributie had daarbij een netto omzet van 1637 miljoen gulden.

Brocacef

ACF Holding is een houdstermaatschappij voor 17 min of meer zelfstandig functionerende bedrijven, die actief zijn in de handel, marketing en distributie van produkten en dienstverlening te behoeve van de gezondheidszorg. Qua omvang is de farmaceutische groothandel Brocacef de belangrijkste deelneming van ACF. Brocacef is in 1970 ontstaan uit een fusie tussen de groothandelactiviteiten van Gist-Brocades en de Amsterdamse Chinine Fabriek (ACF). In 1989 werd ACF volledig eigenaar van Brocacef. De 17 dochtermaatschappijen van ACF Holding zijn ondergebracht in vier divisies: groothandel (onder andere Brocacef); medische produkten, thuiszorg; overige activiteiten. In het boekjaar 1993 was de totale netto omzet van ACF Holding 1374 miljoen gulden, met een bedrijfsresultaat van 45 miljoen gulden. De netto omzet van de divisie groothandel was daarbij 1187 miljoen gulden.

Interpharm

De Interpharm-groep is een divisie van Internatio-Müller, waarin alle activiteiten ten behoeve van de gezondheidszorg van dit bedrijf zijn ondergebracht. Interpharm is een onderdeel van de Interpharm-groep en levert goederen en diensten aan apotheekhoudenden. De groothandel Interpharm komt voort uit een in 1896 opgerichte firma in farmaceutische grondstoffen en maakt sinds 1964 als Interpharm deel uit van Internatio-Müller. De Interpharm-groep heeft twee hoofdactiviteiten: de distributieve groothandelsbedrijven en de handelsbedrijven. Binnen de Interpharm-groep houdt alleen Interpharm zich bezig met geneesmiddelen. Naast Interpharm maakt ook Dynadro deel van de groothandelsactiviteiten van de Interpharmgroep. Deze groothandel is marktleider in drogisterij-artikelen. In het boekjaar 1993 was de totale omzet van de Interpharm-groep 1238 miljoen gulden, met een resultaat (na interest) van 38 miljoen gulden. De groothandel in geneesmiddelen had daarbij een omzet van 779 miljoen gulden.

Bron: Jaarverslagen

Een ontwikkeling als de verbreding van het aanbod met regulier geïmporteerde merkgeneesmiddelen door de onafhankelijke parallel-importeur Stepfar, een strategie van dit bedrijf om zich in te dekken tegen een toekomst waarin parallel-import niet of minder lonend kan zijn, gaan ook (deels) ten koste van de reguliere volgesorteerde groothandel. Sommige niet-volgesorteerde groothandelaren – zoals bijvoorbeeld Mosadex of Regiform – hebben een behoorlijk uitgebreid assortiment en klantenbestand. Toch hebben zij in het verleden eerder meegedeeld in de groei van de geneesmiddelensector, in plaats van dat hun opkomst direct de markt-aandelen van de reguliere groothandel aangetast heeft. Apothekers blijven voor bepaalde diensten en producten afhankelijk van de volgesorteerde groothandel. Daarbij valt te denken aan bijvoorbeeld leningen (tegen zeer aantrekkelijke rentepercentages en andere voorwaarden), ondersteuning bij automatisering en bedrijfsvoering en producten die alleen via dochterondernemingen van de volgesorteerde groothandel te verkrijgen zijn. Waarbij niet alleen gedacht moet worden aan geregistreeerde geneesmiddelen, maar ook aan bijvoorbeeld hulp- en verbandmiddelen. Gevaarlijker zou een situatie zijn als die welke hiervoor met betrekking tot het Geové-initiatief geschetst is. De (reguliere) groothandel wordt dan letterlijk buiten spel gezet. Zo'n situatie bestaat ook wanneer een zorgverzekeraar zelf gaat inkopen, zoals geopperd is door Zilveren Kruis Rijnmond, de voormalige Stichting Ziekenfonds Rotterdam SZR (zie NRC 06.04.93).

Daarnaast zou een zorgverzekeraar ook exclusief voor een beperkte periode, op basis van offertes, voor één groothandel kunnen kiezen. In dit laatste geval zou één groothandel dan wel alle geneesmiddelen mogen leveren, maar niet zonder eerst tot een hoogst onaangename scherpe prijsconcurrentie gedwongen te zijn. Tot slot is het van belang om op te merken dat nieuwe initiatieven ook door de consument als gelijkwaardig gezien moeten worden. Niet voor niets benadrukt bijvoorbeeld de KNMP (de apothekersorganisatie) dat distributie van geneesmiddelen per post inferieur is aan de dienstverlening via de apotheek. De KNMP wil zo consumenten overtuigen met kwaliteitsargumenten, waarbij bijvoorbeeld gewezen wordt op een mogelijk onvoldoende bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en een gebrek aan persoonlijke dienstverlening bij PTT-distributie, om zo alternatieven voor de distributie van geneesmiddelen via groothandel-apotheker tegen te gaan.

In deze analyse wordt gesteld dat de groothandelaren in de Nederlandse geneesmiddelensector een centrale plaats innemen. Om deze bewering te ondersteunen wordt hierna ingegaan op een aantal belangrijke strategische ontwikkelingen in de bedrijfstak van de groothandel in de periode na 1980 (Voor de periode 1980-1990 is vooral gebruik gemaakt van Loose [1990a t/m 1991c]). In 1981 nam de generieke fabrikant Centrafarm Nogepha over en vormt daarmee een bedreiging voor bestaande distributeurs. Medicopharma (opgericht als groothandel voor apotheekhoudende huisartsen), geconfronteerd met de terugloop van het aantal apotheekhoudende huisartsen en de substitutiebereidheid van haar afnemers, gaat zich bezighouden met de productie van generieke geneesmiddelen, door middel van het dochterbedrijf Pharbita. Ditzelfde verschijnsel doet zich binnen de *industry* voor apothekers voor, wanneer OPG eerst een 50% belang verwerft in de generieke producent Pharmachemie en later zelfs het bedrijf

helemaal overneemt. De generieke producent Centrafarm wordt in deze periode Amerikaans eigendom en de specialité-producent Ciba-Geigy neemt de generica-producent Multipharma over. Tenslotte richt Brocacef een dochterbedrijf (Genfarma) op om ook — zonder eigen productie — een deel van de omzet op de generieke markt te verkrijgen. Ook het versterken van de groothandelspositie op zich krijgt veel aandacht. De overname van andere groothandelaren speelde vanaf 1980 ook een belangrijke rol. Verschillende voorbeelden zijn daarvan te vinden, zoals de overname van Barbarot door OPG, Hahmes door Brocacef, Rooster door Medicopharma en Tendo Haco door Interpharm — die deze door samenvoeging met haar Business Unit Drogisten, tot een nieuwe groothandel voor de drogistenmarkt maakt onder de naam Dynadro.

De groothandelaren hebben in deze periode veel aandacht hebben voor strategisch beleid, hetgeen ook resulteerde in een sterke onderlinge concurrentie. Een voorbeeld in dat kader is de strijd om met apothekers lange termijn afspraken aan te gaan — bijvoorbeeld bij nieuwe vestigingen of overnames van apotheken. Uiteindelijk lukt het Medicopharma (opgericht voor en door apotheekhoudende huisartsen en vooral sterk in deze markt) om de apothekersmarkt binnen te dringen en Brocacef houdt zich — met opvallend positieve resultaten — bezig met bouwkundige en inrichtingstechnische ondersteuning van apotheken. Zoals ook al duidelijk wordt wanneer gekeken wordt naar de schaal waarop groothandelen in deze periode andere bedrijven overnemen, zorgden de bijzonder goede resultaten van de groothandel ervoor dat men geld genoeg beschikbaar had om een — zelfs zeer prijzig — strategisch beleid op meerdere fronten te voeren.

In de tweede helft van de tachtiger jaren is er ten eerste sprake van een achterwaartse integratie, gericht op de produkten, dat wil zeggen het overnemen van één of meer functies van toeleveranciers, zoals productie, import of marketing van produkten. Voorbeelden hiervan zijn de activiteiten van de groothandelaren met betrekking tot de productie van generieke geneesmiddelen; de groothandel die zich bezig gaat houden met parallel-import; de groothandel die zich op paramedisch terrein gaat bewegen; en tenslotte de groothandel die productie maakt voor de zelfzorgmarkt.

Een tweede ontwikkeling is samen te vatten onder het label voorwaartse integratie op het gebied van dienstverlening, dat wil zeggen het overnemen van één of meer functies van afnemers, zoals retail, retailmarketing of inkoop. Voorbeelden hiervan zijn met betrekking tot retail het optreden van groothandelaren die apotheken opkopen, de zogenaamde buidelgroothandelaren. Met betrekking tot retailmarketing franchising; en voor wat betreft de inkoop treden groothandelaren op als inkoopcontractor ten behoeve van ziekenhuizen en apotheken.

De derde belangrijke ontwikkeling speelde zich af op het gebied van nieuwe produkt-markt combinaties. De groothandelaren splitsen in dit kader onder andere hun activiteiten op in de eenheden extramuraal, intramuraal (met veel aandacht voor contracten tussen groothandel en ziekenhuis) en drogisten. Een ander onderscheid met betrekking tot nieuwe produkt-markt combinaties is een nieuwe divisiestructuur met naast de groothandelsfunctie vooral ook een

medische divisie. Een volgende belangrijke ontwikkeling op het gebied van produkt-markt combinaties wordt gevormd door toepassingen op het gebied van de automatisering, informatisering en elektronische communicatie. De distributiefunctie wordt uitgebouwd met het ontwikkelen van bestel-terminals of (andere) elektronische verbindingen tussen leverancier en afnemer om het logistieke proces (nog verder) te stroomlijnen.

Ook op de internationale markt worden de groothandelaren steeds actiever. De overnames door Medicopharma (Butler, MacCarthy) zorgen voor meer dan een verdubbeling van de omzet van dit bedrijf. OPG beweegt zich in de kringen van Eurocophar – een groep van coöperatieve bedrijven uit tien landen – en uit deze samenwerking ontstaan relaties met het Engelse Unichem en het Duitse Wiveda. In dit kader richt OPG bijvoorbeeld met EGWA/Wiveda een nieuw bedrijf, P.A.G. Pharma Holding, in Frankfurt op. Deze holding heeft onder meer een 30% belang in de belangrijke Duitse groothandel Andreae-Noris Zahn. Tenslotte lukt het ACF om het 50% aandeel van Gist-Brocades in Brocacef over te nemen. Aan een behoefte aan extra financiering werd tegemoet gekomen door de deelname van Schulze, een grote Duitse groothandel.

In tabel 3.10 zijn de belangrijkste strategische acquisities en allianties van de – kijkend vanaf 1980 – vier grootste groothandelaren samengevat.

Geconcludeerd kan worden dat de Nederlandse groothandelaren geprobeerd hebben een strategisch sterke positie, zowel nationaal als internationaal, op te bouwen. Op nationaal niveau heeft dat in ieder geval geresulteerd in een situatie waarin de groothandelaren een heel netwerk opgebouwd hebben en een centrale positie in de Nederlandse geneesmiddelensector innemen. Dat dit beleid niet zonder gevaren is, blijkt uit de problemen die Medicopharma heeft ervaren, toen zij de verliezen van Pennex (een overgenomen Amerikaanse fabrikant voor vrije-verkoop geneesmiddelen) en haar Nederlandse *dental* divisie moest dragen, terwijl het bedrijf al kampte met hoge rentelasten als gevolg van de aankoop van MacCarthy en Butler. Medicopharma heeft de groothandelaren MacCarthy en Butler daarom moeten verkopen, na ze minder dan een jaar in bezit te hebben gehad. Nadat een overname door de Duitse groothandel Schulze (14% marktaandeel in de BRD) – die ook al een 20% belang in ACF heeft – niet doorging, nam OPG belangrijke onderdelen van Medicopharma over.

Het actieve strategische beleid van de Nederlandse groothandel staat niet los van het beleid van groothandelaren in andere Europese landen. In de meeste markten in Europese landen wordt minstens 50% van de verkoop van humane geneesmiddelen beheerst door drie of minder groothandelaren en ook in andere landen investeren groothandelaren bijvoorbeeld in de produktie van generieke- en vrije-verkoop middelen – Schulze in Ratiopharm en Gehe in Azuchemie. [FT 23.07.91]

De Nederlandse bedrijven, die gezien hun relatief kleine thuismarkt op Europees niveau een minder sterke positie innemen, lopen in deze situatie gevaar wanneer hun strategische aankopen op termijn blijken tegen te vallen. De gang van zaken rond Medicopharma illustreert dit bijzonder goed. Dit bedrijf bezat onvoldoende reserves om zich op de internationale markt staande te houden.

Tabel 3.10 *Belangrijke strategische ontwikkelingen binnen de industry van Nederlandse volgesorteerde groothandelaren vanaf 1980*

	OPG	Brocacef (ACF)	Interpharm	Medicopharma
Andere groothandelaren	Barbarot, Medicopharma, Eurimpharm (VK)	Hahmes, Bipharma, Hermex	Dynadro	Rooster
Generieke (productie) faciliteiten	Pharmachemie, Pharbita, Bufa	(Genfarma), (Magnafarma)		Pharbita
Parallel import	Polyfarma	Magnafarma (Aeramphic)		Pharmaceutical International Weert
Vrije verkoop faciliteiten	SAN-label	Brocatrade		Pennex (VS)
Acquisitie apothekers/franchising	AMAC-takeover / APO-plus	Wighman/ Meditheek	-/ Formule Apotheek, Eurodrogist	-/ Fit en Beter
Inkoopcontractor ziekenhuizen	Grodis	Brodis	Zaai	
Medische divisies	Lopital, Codi, Apco, Spruyt-Hillen, Portanje, Combi Care	Laméris, Laméris Ootech, RTC, Fransen Orthopaedie, Health Care Nederland, Medi-math Benelux	Medica, Stöpler Hendriks & Van Steenberg, Deckers (B)	
Diversen	OPG RBA Consultants, Gammaster, Euroned, RegiLabs, Tefa Thuiszorg	Cantarus Architecten, Blowland-pack/Rowa Techniek, Welzorg, Imgroma	Dynaretail Detailhandel	
Internationale verbindingsen	Eurocophar, PAG Pharma Holding, Du Pont Merck	'Alliantie'		Butler (VK), MacCarthy (VK), FPN, Elcopharma (B), Medicopharma Dental, Verdifarm/Nerum (B)

Bron: Jaarverslagen.

Geconcludeerd kan worden dat de hoge concentratie en de duidelijke verschillen in grootte en middelen tussen de drie Nederlandse grote volgesorteerde groothandelaren – die na de verdwijning van Medicopharma overgebleven zijn

— niet bijdraagt aan een intensivering van de rivaliteit tussen de groothandelaren in Nederland.

Met betrekking tot de determinant van een **verscheidenheid aan concurrenten** bestond er voor de groothandel een situatie van meer intense rivaliteit toen Nederland nog vier volgesorteerde groothandelaren kende. Bij de bespreking van de determinant concentratie en evenwicht zijn in deze paragraaf de ontwikkelingen in de laatste tien jaar geschetst. Met de verdwijning van Medicopharma lijkt een situatie te zijn ontstaan waarin de overgebleven drie volgesorteerde groothandelaren redelijk aan elkaar gewaagd zijn en in ieder geval ook een duidelijker pikorde te vinden is in een duidelijke overzichtelijke markt, waarbij OPG, ook door de overname van delen van Medicopharma, als grootste te herkennen is.

Hierboven viel bij de bespreking van de determinant concentratie en evenwicht al een historie te lezen van de strategische zetten van groothandelaren in de laatste tien jaar. De intensieve strategie, de opbouw van netwerken — door bijvoorbeeld generiek te gaan produceren — wijst erop dat ook voor de groothandel **grote strategische (ondernemings-)belangen** een rol spelen en dat ook hier deze determinant bijdraagt aan een intensivering van de rivaliteit.

De groothandel kent **hoge uittrede-barrières**. De farmaceutische groothandel in Nederland kan moeilijk een totaal ander produkt gaan grossieren. Er is een specifieke deskundigheid opgebouwd en een netwerk waarbinnen de groothandelaren opereren. Het geneesmiddelen-groothandelsbedrijf is in de manier waarop dit in Nederland vorm heeft gekregen, met allemaal binnen de geneesmiddelensector gespecialiseerde dochters — bijvoorbeeld voor generieke produktie, parallel-import en ziekenhuisverkoop — niet in staat om gemakkelijk op een andere sector over te stappen.

Teneinde een overlap met vorige paragrafen te voorkomen zijn een aantal determinanten van de intensiteit van de rivaliteit in deze paragraaf over groothandelaren nog niet aan de orde geweest. In de paragraaf over producenten is al geconstateerd dat er sprake is van een redelijke groei in de bedrijfstak en een gebrek aan overstapkosten hetgeen respectievelijk de intensiteit van de rivaliteit negatief en positief zal beïnvloeden. De constatering dat apothekers voor bepaalde produkten en/of diensten afhankelijk kunnen zijn van een volgesorteerde groothandel, hetgeen aan de orde kwam bij de bespreking van de determinant concentratie, betekent niet dat er sprake is van overstapkosten, zoals bedoeld in de zin van deze determinant. Apothekers zijn vaak klant bij twee van de volgesorteerde groothandelaren en hebben daarnaast dan eventueel nog een derde — niet-volgesorteerde — leverancier. Centraal staat dan niet de vraag om of van de ene of van de andere leverancier alles af te nemen, maar welke verhouding in de bestellingen, afkomstig van welke leverancier(s), op welk moment optimaal is voor de apotheker. Waarbij wel aangetekend moet worden dat de meeste apothekers één hoofdleverancier hebben en dat deze meestal één van de volgesorteerde groothandelaren is. De determinanten hoge vaste- (of voorraad-) kosten, periodieke overcapaciteit, grote produktiehoeveelheden en produktdifferentiatie, in het

kader van de concurrentiekracht van de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de *industry*, zijn vooral van belang voor het producentenniveau en spelen voor de groothandel in deze vorm niet mee.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat voor wat betreft de concurrentiekracht van de intensiteit van de rivaliteit tussen de bestaande groothandelaren de determinanten concentratie en evenwicht (de hoge concentratie en de duidelijke verschillen in grootte en middelen), de redelijke groei van de bedrijfstak en de verscheidenheid aan concurrenten (doorzichtigheid en een duidelijke pikorde) bijdragen aan een verlaging van de rivaliteit voor groothandelaren in de geneesmiddelensector en daarmee aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie, zoals ook te zien is in figuur 3.13.

Zoals ook weergegeven is in figuur 3.13 dragen wel de determinanten gebrek aan overstapkosten, grote strategische (ondernemings-)belangen en hoge uittredebarrières bij aan een verhoging van de intensiteit van de rivaliteit in de geneesmiddelensector op groothandelniveau en daarmee aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van groothandelaren.

Figuur 3.13 *Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor groothandelaren*

Rivaliteitsverlagend	Rivaliteitsverhogend
<ul style="list-style-type: none"> – Concentratie en evenwicht – Redelijke groei van de bedrijfstak – Verscheidenheid aan concurrenten 	<ul style="list-style-type: none"> – Gebrek aan overstapkosten – Grote strategische (ondernemings-)belangen – Hoge uittrede-barrières

3.3.3 Dreiging van substituten voor groothandelaren

Voor wat betreft de dreiging van substituten op het niveau van de Nederlandse groothandel wordt hier zowel gekeken de substitutie van produkten in termen van geneesmiddelen als naar substitutie in het kader van de groothandelsfunctie. Bij substitutie van de groothandelsfunctie gaat het dan niet om de onderlinge uitwisselbaarheid van bijvoorbeeld volgesorteerde-, niet-volgesorteerde- en rugzakgroothandelaren, maar concentreren we ons op alternatieven die directer inbreken op de bestaande distributiestructuur.

In termen van de substitutie van geneesmiddelen is de **relatieve prijs van een substituu**t vrij onbelangrijk voor de groothandel wanneer het om merk-geneesmiddelen gaat. De groothandel ontvangt immers een vaste marge, die in principe op duurdere middelen in absolute zin meer geld op zal leveren. Een sterkere stimulans tot aanmoediging van substitutie zal voor de groothandel het feit vormen dat zij zelf parallel-import firma's en generieke producenten bezit en er voor kan kiezen van deze dochters af te nemen ten koste van de fabrikanten en (reguliere) importeurs van merk-geneesmiddelen. Zowel bij het leveren van goedkopere middelen (parallel-geïmporteerd of generiek) als bij het leveren van duurdere middelen (nieuwe specialité's) vaart de groothandel wel, omdat zij in het eerste geval haar dochters laat verdienen en in het tweede geval zelf meer zal

verdienen aan de marge op een duurder middel. De **geneigdheid tot substitueren** wordt hiermee afhankelijk van complexe belangenafweging. Daarbij houdt de groothandel wel optimaal rekening met haar afnemers, zoals apothekers, die bijvoorbeeld een stimulans-premie voor substitutie met goedkopere geneesmiddelen ontvangen.

Overstapkosten spelen voor de groothandel eigenlijk geen rol. Een (reguliere) groothandel is in Nederland in principe klant bij alle fabrikanten en importeurs. Belangrijk is het hier wel om nogmaals te benadrukken dat de groothandel voor het grootste gedeelte zelf alternatieven in de hand heeft, door het bezit van parallel-import firma's en generieke producenten, waardoor zelfs per produkt een afweging gemaakt zou kunnen worden die tot de hoogste opbrengst kan leiden.

De drie bovengenoemde determinanten van de derde concurrentiekracht met betrekking tot de dreiging van substituten dragen alle bij aan een verhoging van de dreiging van substituten (ten aanzien van de substitutie van geneesmiddelen) en daarmee aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie – zoals ook in figuur 3.14 weergegeven is, waarbij dan aangetekend moet worden dat de groothandelaren zelf veel vormen van substitutie in huis hebben.

De dreiging van substituten beperkt zich, zoals hierboven al gezegd is, niet tot het niveau van geneesmiddelen alleen. Alternatieven op het niveau van de groothandel zijn ook van belang en ook in die termen, zoals met betrekking tot substitutie van de (volgesorteerde) groothandel in Nederland, zijn de determinanten van de dreiging van substituten in te delen.

Voor wat betreft de determinant **winstmarge** voor de farmaceutische groothandel in het algemeen – de groothandel in medische en tandheelkundige instrumenten, laboratoriumbenodigdheden en verpleegartikelen, farmaceutische artikelen, parfumerieën en toiletartikelen – kwam de Rabobank in termen van een resultatenrekening tot het overzicht dat weergegeven is in tabel 3.11.

*Tabel 3.11 Resultatenrekening farmaceutische groothandel 1989
(in procenten van de omzet)*

	Gehele branche	Kleinbedrijf	Grootbedrijf
Inkopen	72,4	74,4	79,6
Brutowinst	27,6	25,6	20,4
Totaal kosten	22,8	20,4	17,6
Exploitatieresultaat	4,8	5,2	2,8

Bron: Rabobank Nederland, *Cijfers & Trends* 1990:64.

De wat betere resultaten van het kleinbedrijf hangen naar verwachting samen met de graad van specialisatie en de daarbij behorende relatief hogere beloning voor bijvoorbeeld een groothandel in medische apparatuur. Wanneer hier vooral gekeken wordt naar het grossieren in geneesmiddelen dan blijkt dat de groothandel in Nederland een marge van 11,6% van de consumentenprijs heeft [Farma

Feiten 1993:4], een marge die tot de hoogste van Europa gerekend kan worden. De prestaties van individuele bedrijven in Nederland zijn tevens goed te noemen. Als we kijken naar de drie volgesorteerde groothandelaren, dan had OPG in het boekjaar 1992-1993 (tot 1 mei 1993) een winstgroei van 18% (een nettoresultaat van 52 miljoen gulden bij een omzet van bijna twee miljard gulden). Brocacef (ACF) noteerde een winstgroei van 10% over 1992 (een winst van 26 miljoen gulden op een omzet van ruim 1,3 miljard gulden), terwijl Interpharm (Internatio-Müller) 33 miljoen gulden resultaat boekte op een omzet van ruim één miljard gulden. De omzet steeg met 30% in 1992 [FD 07.10.93]. Geconstateerd wordt dat de Nederlandse groothandel in geneesmiddelen qua winstmarges een interessant bedrijf is, hetgeen betekent dat daardoor de substitutiedreiging hoger wordt.

In de toekomst zullen alternatieve distributievormen waarover we in paragraaf 3.3.1 al gesproken hebben, naarmate deze meer vorm en omvang krijgen, de positie van de groothandel directer bedreigen.

Eenzijds werkt de hoge dreiging van substituten in de geneesmiddelensector in het voordeel van de bestaande groothandelaren, althans voor zover zij dit optimaal hebben weten te benutten, door middel van bijvoorbeeld produkt-differentiatie, waarbij vooral gedacht moet worden aan hetgeen in de vorige twee paragrafen aan de orde geweest is met betrekking tot entree-barrières en de verhoudingen tussen de concurrenten binnen de *industry*. Anderzijds biedt dezelfde substitutiedreiging, bepaald door determinanten als een ruime winst-marge en een **gebrek aan overstapkosten** voor apothekers ook juist kansen voor andere aanbieders. Voor alternatieve aanbieders zal voor hun afnemers de **geneigdheid tot substitueren** ook afhangen van de **relatieve prijs van een substituuut**. Dat de prijs een rol speelt blijkt bijvoorbeeld ook uit het Geové-initiatief. Hier werd via de bestaande PTT-distributie — wat mogelijk ook bijvoorbeeld tot schaalvoordeel kan leiden — en het (gedeeltelijk) ineenschuiven van groothandel en apotheek, die samen gemiddeld tegen de 50% van de consumentenprijs van geneesmiddelen voor hun rekening nemen, ook gepoogd de kosten van de geneesmiddelenvoorziening te drukken. De geneigdheid tot substitueren van de bestaande groothandel voor alternatieve aanbieders (door apothekers) wordt op dit moment niet erg groot geacht, vooral ook door de belangen-verstrengeling van de bestaande groothandel en de openbare apothekers ten aanzien van de voor hen ongewenste effecten van het Geové-initiatief en de Ahold-plannen. Toch zal de geneigdheid tot substitueren aanwezig zijn ook bij consumenten wanneer zij, mogelijk na een periode van gewenning, door bijvoorbeeld postorderfarmacie financieel of in termen van service toch voordelen gaan zien.

Alle andere genoemde determinanten van de dreiging van substituten in termen van alternatieve aanbieders dragen bij aan verhoging van de substitutiedreiging en daarmee aan een (potentiële) verhoging van de intensiteit van de concurrentie zoals ook in figuur 3.14 weergegeven is.

Figuur 3.14 *Dreiging van substituten voor groothandelaren*

Substitutiedreiging verlagend	Substitutiedreiging verhogend
	<ul style="list-style-type: none"> • Substitutie van geneesmiddelen <ul style="list-style-type: none"> - relatieve prijs van een substituu - geneigdheid tot substitueren - gebrek aan overstapkosten • Substitutie van de groothandels-functie <ul style="list-style-type: none"> - ruime winstmarge - relatieve prijs van een substituu - geneigdheid tot substitueren - gebrek aan overstapkosten

3.3.4 Onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers

Met betrekking tot de determinant **de concentratie afnemers versus aanbieders** bepalen de concentratieverhoudingen de invloed die de afnemer op de aanbieder kan hebben en daarmee ook de machtsverhoudingen en de daaruit voortvloeiende marktmacht. Zijn er weinig afnemers en veel aanbieders of andersom. De eerste situatie werkt in het voordeel van de afnemers, de tweede zal de onderhandelingsmacht van de aanbieders vergroten. Zoals al eerder gezegd, in de farmaceutische sector zijn veel producenten aanwezig, die meestal op één of meer deelmarkten actief zijn, waardoor bedrijven op de totale markt maar een relatief klein aandeel hebben. Op de deelmarkten zelf kunnen hoge concentraties of zelfs monopolistische of oligopolistische structuren voorkomen. Wanneer echter niet alleen de medicijnen waarop (nog) octrooi rust en waarbij de concurrentie bestaat uit producenten van merkgeneesmiddelen binnen een bepaalde deelmarkt in ogenschouw wordt genomen, maar vanuit de groothandel naar haar aanbieders gekeken wordt, dan ontstaan er kansen voor andere groepen producenten en andere leveranciers, zoals generieke producenten en parallel-import firma's. Veel aanbieders en een markt met een drietal groothandelaren die samen ongeveer 80-90% van de Nederlandse markt in handen hebben (zie tabel 3.9), waarbij daarenboven ook deze groothandelaren nog een deel van deze aanbieders – generica-producenten en parallel-importeurs – als dochterondernemingen hebben, wijst erop dat de onderhandelingsmacht hier duidelijk in het voordeel van de hoge concentratie van de groothandelaren ligt.

Voor wat betreft de determinant **het aankoopvolume van afnemers** zal, naarmate het volume dat de afnemer betreft van een aanbieder groter is, deze een belangrijker klant vormen en ook de noodzaak voor de aanbieder om deze afnemer te behouden, groter worden. Een afnemer zal natuurlijk gebruik kunnen maken van extra voordelen als een aanbieder deze als klant wil behouden. Voor de producenten geldt deze situatie ten opzichte van de groothandel die, zoals hierboven ook al aangegeven is, een aantal alternatieven voor gepatenteerde merkgeneesmiddelen (i.c. de parallel-importeurs en geneesmiddelen waarvan het octrooi verlopen is i.c. generica-producenten) zelf in de hand heeft. De

groothandel staat dus relatief sterk ten opzichte van de industrie hier, waarbij echter op het woord volume niet teveel nadruk gelegd moet worden. Daarbij moet de volgesorteerde groothandel in principe wel alle in Nederland toegelaten geneesmiddelen kunnen leveren.

Naarmate een **afnemer meer informatie** bezit over de vraag, over werkelijke prijzen en over produktie- en leverantiekosten, dan ontstaat er meer inzicht in de ruimte voor onderhandeling, dan wanneer deze informatie ontbreekt of gebrekkig is. Informatie wordt zeer belangrijk geacht in de geneesmiddelensector, hetgeen ook af te lezen valt aan het bestaan van uitgebreide databanken en andere vormen van informatie die wijd verspreid zijn. De verwachting is dat men over het algemeen redelijk op de hoogte is van hetgeen binnen de bedrijven gebeurt, maar tegelijkertijd springt men bijzonder voorzichtig om met de werkelijk belangrijke informatie, dat wil zeggen die informatie die concurrenten of afnemers zouden kunnen gebruiken. Voor de groothandelaren in Nederland zal een overzicht van de gang van zaken, bij alle over de gehele wereld verspreide producenten en importeurs van geneesmiddelen, alleen in algemene termen te verkrijgen zijn.

Wanneer afnemers **het vermogen tot achterwaartse integratie** bezitten kan de dreiging die daarvan uitgaat in de richting van de aanbieder ook voor een betere onderhandelingspositie zorgen. Voor de groothandelaar ten opzichte van de producent van merkgeneesmiddelen bestaat de dreiging van achterwaartse integratie niet in reële zin. Groothandelaren gaan gewoonlijk geen merkgeneesmiddelen produceren en hebben daar ook niet de middelen voor. De belangrijkste sterkte die de innovatieve geneesmiddelenproducent naar voren kan brengen is zijn monopoliepositie op grond van de octrooibescherming. Hoewel groothandelaren zich bijvoorbeeld wel bezig houden met generieke produktie tast dit natuurlijk de produkten onder octrooibescherming niet aan en is dit als zodanig dus ook niet te beschouwen als achterwaartse integratie. Het ontbreken van het vermogen tot achterwaartse integratie bij de groothandel, met betrekking tot het produceren van merkgeneesmiddelen, werkt in het voordeel van de producenten van merkgeneesmiddelen.

Ook in het kader van de onderhandelingsmacht van afnemers is de mogelijkheid tot **substitutie van produkten** van belang. Een substituut is van belang wanneer het bijvoorbeeld de kosten voor de afnemer drukt. Aan substitutie van produkten is in het kader van dit hoofdstuk al een hele concurrentiekracht gewijd. Op deze plek zal alleen daarvan de conclusie nog weergegeven worden. Substitutie speelt een bijzonder belangrijke rol in de geneesmiddelensector: parallelimport, generica, de substitutie tussen therapieën, nieuwe produkten en technologieën zijn allemaal trefwoorden bij de mogelijkheid tot substitutie. Daarin speelt de groothandel als schakel een belangrijke rol – zoals al gezegd is bezit zij een aantal alternatieven immers zelf – zodat desnoods per produkt een belangenafweging gemaakt kan worden.

Binnen de groep determinanten, die meer specifiek ten aanzien van de **prijsgevoeligheid** van afnemers werken, komen nog een zestal elementen aan de orde. Gezien de structuur in de geneesmiddelensector, waarin de arts de beslisser is over het voor te schrijven produkt (zie paragraaf 3.1), is het te verwachten dat de

groothandel niet erg prijsgevoelig zal zijn. Groothandelaren werken immers voornamelijk met een vaste marge op de produkten die ze verkopen.

De determinant **verhouding prijs/totale aankopen** betekent dat naarmate het produkt dat afgenomen wordt relatief belangrijker is binnen het totaal van de kosten of aankopen die een afnemer maakt of doet, de afnemer gevoeliger zal zijn voor de prijs die daarvoor betaald moet worden. Als een groothandel een regelmatige of in volume een grote afnemer is van een bepaalde producent, dan zullen zeker kortingen verleend worden. Wel is het zo dat de afnamevolumes van de groothandelaren nauwkeurig berekend worden op wat er weer doorverkocht wordt aan apothekers en zal de groothandel vanzelfsprekend proberen om de voorraad- en opslagkosten te minimaliseren. Waarbij overigens, zoals al gezegd is, de reguliere groothandel wel in principe alle in Nederland geregistreerde geneesmiddelen moet kunnen leveren. Door de relatieve prijsongevoeligheid van de groothandel is er echter geen directe relatie met het totale volume van de aankopen en is het vrij zinloos om meer te kopen dan men kwijt kan. Daarbij moet ook gerealiseerd worden dat de beslissing over 'welk produkt gekocht gaat worden' buiten het bereik van de groothandel ligt. Naar verwachting zal deze determinant dus geen rol spelen.

Met betrekking tot de determinant **differentiatie** zullen, naarmate produkten meer gestandaardiseerd of ongedifferentieerd zijn, afnemers gemakkelijker alternatieve aanbieders kunnen vinden en het zich dan kunnen permitteren prijsgevoeliger te zijn. Het gaat hier dus om de perceptie van de afnemer. Wanneer bijvoorbeeld de leverancier een ongedifferentieerd produkt zal aanbieden, zal de afnemer druk uitoefenen om de prijs te laten zakken. Produktdifferentiatie is in dit hoofdstuk al uitgebreid als een entree-barrière aan de orde geweest, waar geconcludeerd werd dat het een wezenlijk element van het produkt geneesmiddelen vormt. Deze differentiatie is echter gericht op de arts (en daarmee consument) en niet zozeer direct op de groothandel. Voor de groothandel kan differentiatie wel gebruikt worden als een instrument om het hen moeilijker te maken om te substitueren. Men zou zich bijvoorbeeld voor kunnen stellen dat van een geneesmiddel waarvan het octrooi verloopt en dus – bijvoorbeeld door de generieke dochter van de groothandel – generieke kopieën gemaakt kunnen worden, een versie op de markt gebracht wordt die minder bijwerkingen heeft of een gemakkelijker toedieningsvorm kent. In dat geval gaat het echter niet om produkten die meer gestandaardiseerd of minder gedifferentieerd zijn, maar juist het tegendeel, waardoor de relatie ongedifferentieerd en daardoor prijsgevoeliger, zoals bedoeld in deze determinant niet opgaat binnen de Nederlandse geneesmiddelensector.

Voor wat betreft de determinant **belang kwaliteit produkt/prijsgevoeligheid** zullen, als een produkt minder belangrijk is voor de kwaliteit van de produkten of diensten van de afnemer, dit zijn prijsgevoeligheid doen toenemen. Merk-geneesmiddelen zijn produkten die constant aan zeer zware kwaliteitseisen moeten voldoen, waarbij de kwaliteit van het produkt voor de producent essentieel is en zelfs als een belangrijk, zo niet het belangrijkste, marketinginstrument gebruikt wordt. Voor de groothandel die merk-geneesmiddelen verpakt aangele-

verd krijgt en hooguit ompakt, speelt een mindere kwaliteit in relatie tot een lagere prijs geen rol.

Naarmate de **winstmarge van een afnemer** lager is, zal ook het belang van een relatief lage prijs toenemen. De relatie die hier gelegd wordt binnen deze determinant is binnen de geneesmiddelensector eerder omgekeerd terug te vinden. De groothandel krijgt immers een vaste marge op de produkten die doorverkocht worden en is dus in die zin meer gebaat bij een hogere prijs. Daarnaast kan een hogere prijs voor de groothandel ook substitutie aantrekkelijker maken, waardoor bijvoorbeeld de groothandel weer meer kan verdienen met generieke productie of parallel-import.

Met betrekking tot de determinant **stimulans beslissers** kunnen beslissers op verschillende wijzen, dus niet alleen op basis van de prijs, gestimuleerd worden tot een keuze voor bepaalde produkten of aanbieders. De beslisser die uiteindelijk het geneesmiddel voorschrijft aan de consument is de arts waarvan al vastgesteld is dat deze niet zeer prijsgevoelig is. Wel worden artsen op andere manieren gestimuleerd, zoals al besproken is in paragraaf 3.1, tot het voorschrijven van bepaalde (merk)geneesmiddelen. De groothandel beslist dus niet over welk geneesmiddel gebruik gaat worden.

Als laatste determinant kan hier dan nog de mogelijkheid tot **beïnvloeding van de volgende schakel** genoemd worden, dus de volgende schakel in de bedrijfskolom. De producent zal zeker pogen om de groothandel te beïnvloeden, bijvoorbeeld in relatie tot de mogelijkheden tot substitutie van produkten. Echter niet zozeer in het kader van de prijsgevoeligheid, waarbinnen deze determinant genoemd wordt.

Naar aanleiding van de zes bovengenoemde determinanten (specifiek ten aanzien van de prijsgevoeligheid in de relatie tussen afnemer en aanbieder, binnen de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van de afnemer), blijkt dat prijsgevoeligheid hooguit een marginale en/of indirect rol speelt in de relatie tussen producent en groothandel. Op grond van de geschetste structuur van de geneesmiddelensector, waarbij hier vooral verwezen wordt naar figuur 3.3, was een dergelijke uitkomst te verwachten.

In figuur 3.15 zijn de conclusies ten aanzien van de onderhandelingsmacht van de groothandel als afnemer samengevat.

Figuur 3.15 Onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers in vergelijking met producenten als aanbieders

In voordeel groothandelaren (concurrentie-intensiteit verlagend)	In voordeel producenten (concurrentie-intensiteit verhogend)
<ul style="list-style-type: none"> – Concentratie van afnemer versus aanbieder – Aankoopvolume van afnemers – Substitutie van produkten 	<ul style="list-style-type: none"> – Informatie van afnemer – Vermogen tot achterwaartse integratie

De determinanten concentratie van afnemers versus aanbieders, het aankoopvolume van de afname en de mogelijkheid tot substitutie van produkten werken in het voordeel van de groothandelaren en dragen daarmee bij aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie, terwijl de determinanten informatie van de afnemer en het ontbreken van een vermogen tot achterwaartse integratie in het voordeel van de producenten werken en daardoor bijdragen aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van groothandelaren.

De determinanten overstapkosten (die in verband met een dubblure niet aan de orde geweest is), verhouding prijs/totale aankopen, differentiatie, het belang van de kwaliteit van het produkt/prijsgevoeligheid, de winstmarge van de afnemer, stimulans beslissers en de mogelijkheid tot het beïnvloeden van de volgende schakel zijn minder van toepassing in het kader van de onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers.

3.3.5 Onderhandelingsmacht van groothandelaren als aanbieders

Met betrekking tot de **concentratie van aanbieders versus afnemers** betekent de situatie in Nederland waarbij drie groothandelaren de *industry* domineren, dat dit een veel grotere concentratie is dan die van de ongeveer 2000 distributiepunten van geneesmiddelen — via apotheken en apotheekhoudende huisartsen — in Nederland. Op basis van de relatieve concentratie is een grotere onderhandelingsmacht bij de groothandelaren te verwachten.

Voor wat betreft **substitutiemogelijkheden** hangt, in de relatie tussen de groothandel als aanbieder en de apotheker als afnemer, de onderhandelingsmacht van de aanbieder onder andere af van de substitutievrijheid van de apotheker. Naarmate deze zal toenemen, zal dit in principe de aanbieder inperken. Omdat echter de groothandel zelf verschillende substituten kan aanbieden, blijft de onderhandelingsmacht van de groothandel in termen van substitutie toch relatief groot.

De determinanten **belang van de afnemer (in prijs en/of volume) voor de aanbieder** en het **belang van het produkt voor de afnemer** als *input* zijn hier samen genomen omdat hiervoor een redenering opgaat die vergelijkbaar is aan die van de determinant 'aankoopvolume van afnemers', die aan de orde geweest is bij de bespreking van de onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers. Daar is geconcludeerd dat het vooral de afnemers zijn die, voorzover deze determinant inhoudelijk toepasbaar is, in een sterkere positie staan. De apotheker kiest uiteindelijk bij welke groothandel welke produkten worden besteld, waarbij elke volgesorteerde groothandel hem in principe exact hetzelfde produkt kan leveren.

In het kader van de determinant **vermogen tot voorwaartse integratie** kan worden opgemerkt dat groothandelaren in de laatste 15 jaar wel distributiefaciliteiten overgenomen of opgestart hebben. Groothandelaren die dit soort activiteiten ontplooiën worden wel buidelgroothandelaren genoemd. Voor een overzicht hiervan wordt verwezen naar tabel 3.10, waarbij wel tegelijkertijd moet worden opgemerkt dat deze activiteit van groothandelaren geen grote omvang heeft gekregen.

In verband met de inhoud van vorige paragrafen zijn de determinanten differentiatie en overstapkosten niet behandeld. Produktdifferentiatie werkt in het voordeel van de groothandel, die daardoor de apotheker een breed pakket van goederen en diensten kan aanbieden, terwijl de lage overstapkosten, het gemak waarmee de apotheker van leverancier kan wisselen, in het voordeel van de apotheker werken. In figuur 3.16 zijn de conclusies ten aanzien van de onderhandelingsmacht van groothandelaren als aanbieders samengevat.

Figuur 3.16 *Onderhandelingsmacht van groothandelaren als aanbieders in vergelijking met apothekers als afnemers*

In voordeel groothandelaren (concurrentie-intensiteit verlagend)	In voordeel apothekers (concurrentie-intensiteit verhogend)
<ul style="list-style-type: none"> – Concentratie van aanbieders versus afnemers – Substitutiemogelijkheden – Produktdifferentiatie – Vermogen tot voorwaartse integratie 	<ul style="list-style-type: none"> – Belang van de afnemer voor de aanbieder – Belang van het produkt als input – Lage overstapkosten

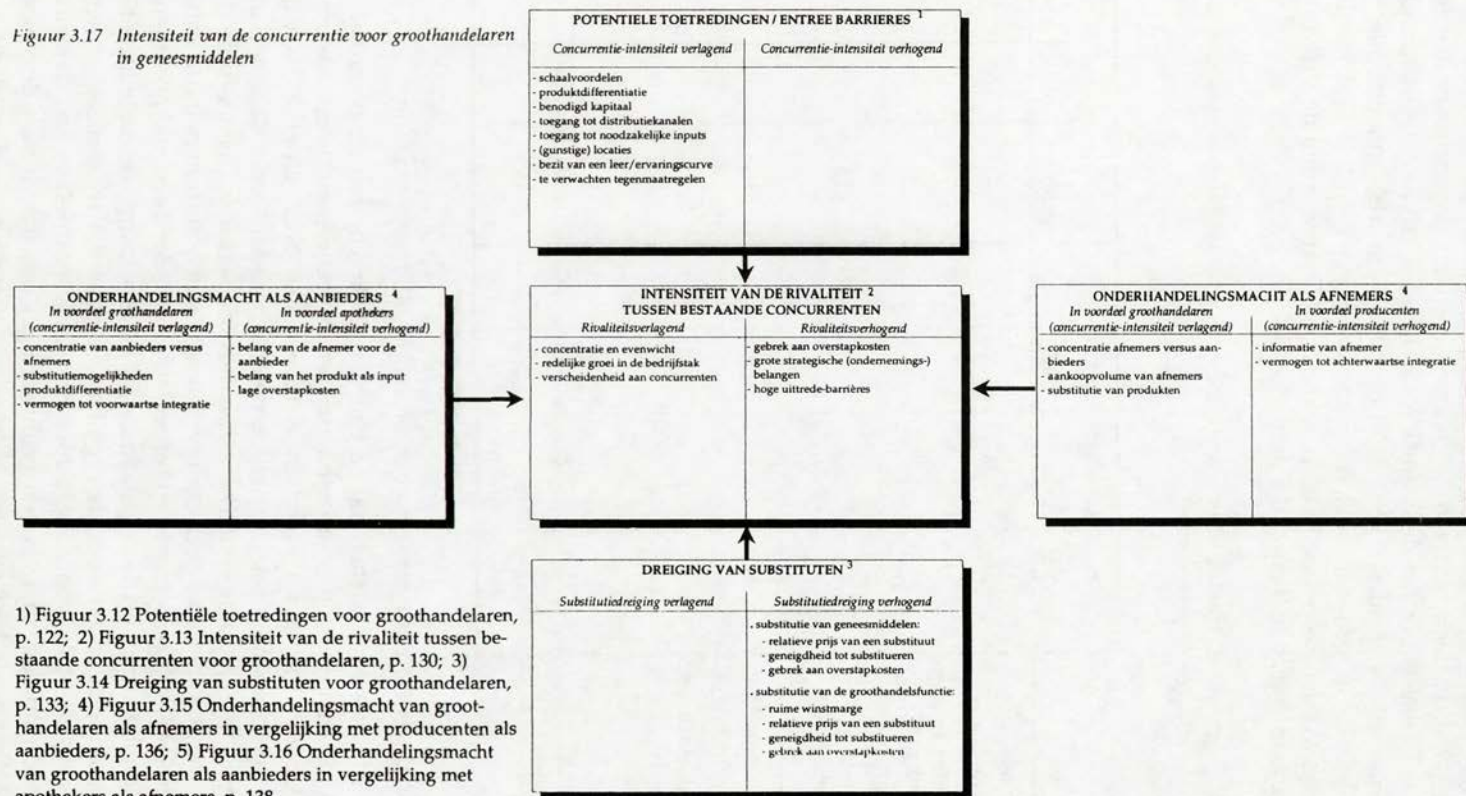
Zoals te zien is in figuur 3.16 werken de determinanten concentratie van aanbieders versus afnemers, de mogelijkheid tot substitutie, produktdifferentiatie en het vermogen tot voorwaartse integratie in het voordeel van de groothandelaren en dragen daarmee bij aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie. De determinanten het belang van de afnemer in prijs en/of volume voor de aanbieder, het belang van het produkt als *input* voor de afnemer en de lage overstapkosten werken in het voordeel van de apothekers en dragen daardoor bij aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van groothandelaren. De elementen kosten in verhouding tot totale verkopen en de invloed van de *input* op kosten en differentiatie worden op grond van voorgaande bespreking verder buiten beschouwing gelaten.

3.3.6 Afsluiting

In figuur 3.17 worden de resultaten van de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van groothandelaren in geneesmiddelensector samengevat. Daarbij hoort de aantekening dat daarbij met name de (reguliere) volgesorteerde groothandels aan bod komen. We spreken daarmee over een marktaandeel van zo'n 80-90% op de thuismarkt van groothandelaren (zie tabel 3.9).

Volgens de in hoofdstuk 2 (paragraaf 2.2.1) toegelichte procedure en analoog aan de handelwijze bij de afsluiting van de analyse van de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen (paragraaf 3.2.5), wordt figuur 3.17 als basis gebruikt voor de weergave van de intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen in één figuur (zie figuur 3.18).

Figuur 3.17 Intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen



1) Figuur 3.12 Potentiële toetredingen voor groothandelaren, p. 122; 2) Figuur 3.13 Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor groothandelaren, p. 130; 3) Figuur 3.14 Dreiging van substituten voor groothandelaren, p. 133; 4) Figuur 3.15 Onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers in vergelijking met producenten als aanbieders, p. 136; 5) Figuur 3.16 Onderhandelingsmacht van groothandelaren als aanbieders in vergelijking met apothekers als afnemers, p. 138.

De tellingen in tabel 3.12 fungeren daarbij als tussenstap. Evenals bij de bespreking van de intensiteit van de concurrentie voor producenten wordt ook hier voor een bespreking van de benutting van het concurrentiekrachtenmodel in het kader van de analyse van de intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen, waarvoor in tabel 3.12 al wel resultaten aangegeven worden, verwezen naar paragraaf 3.6. Daar worden de drie in deze studie onderzochte *industries* op dit punt vergeleken.

Tabel 3.12 *Intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen, tellingen en percentages*

	AANTALLEN DETERMINANTEN				PERCENTAGES		
	in model	gebruikt	con -	con +	gebruikt	con -	con +
K1 Potentiële toetredingen	12	8	8	0	67	100	0
K2 Intensiteit van de rivaliteit	10	6	3	3	60	50	50
K3a Dreiging van substituten: geneesmiddelen	4	3	0	3	75	0	100
K3b Dreiging van substituten: groothandel	4	4	0	4	100	0	100
K4 Onderhandelingsmacht als afnemers	12	5	3	2	42	60	40
K5 Onderhandelingsmacht als aanbieders	7	7	4	3	100	57	43
	49	33	18	15			

De intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen

Uit tabel 3.12 valt op te maken dat de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen belangrijk is voor groothandelaren in geneesmiddelen. De entree-barrières op het (reguliere) groothandelsniveau zijn zeer hoog: 100% van de gebruikte determinanten fungeert als entree-barrière en werkt daarmee in het voordeel van de bestaande concurrenten binnen de *industry*. Geen van de determinanten werkt in het voordeel van (eventuele) nieuwe intreders in de *industry*. De (kleinere) niet-volgesorteerde groothandel (waaronder de rugzakgroothandel), die voornamelijk draait op de zogenaamde *fast movers*, kaapt wel degelijk een deel van de (potentiële) omzet voor de reguliere groothandel weg, maar is met een beperkt assortiment en vooral ook door het veelal ontbreken van diensten en andere ondersteuning, niet als een (volwaardige) concurrent van de volgesorteerde groothandel te beschouwen. Nieuwe initiatieven zoals die van de verze-

keraar Geové — waarin geneesmiddelen thuisbezorgd worden via de PTT — en de plannen van het Ahold concern voor een 'apotheek in de supermarkt' (een zogenaamde *shop-in-shop* formule), kunnen in de toekomst voor veranderingen zorgen en de status quo bedreigen, mits zij daarvoor (grote) investeringen voor het slechten van de entree-barrières over hebben en alternatieve wegen, zoals een (directe) koppeling met zorgverzekeraars, financieel en strategisch optimaal benutten. Vooralsnog wordt ten aanzien van de huidige situatie geconcludeerd dat voor groothandelaren in geneesmiddelen de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen bijdraagt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie (con -) binnen de *industry*.

De intensiteit van de rivaliteit tussen de bestaande concurrenten binnen de *industry* van groothandelaren in geneesmiddelen blijkt moeilijk te duiden. Naast rivaliteitsverlagende determinanten, zoals een lage concentratie en een redelijke groei, zijn ook rivaliteitsverhogende determinanten werkzaam, zoals een gebrek aan overstapkosten en hoge uittrede-barrières. Van de gebruikte determinanten werkt 50% rivaliteitsverlagend en 50% rivaliteitsverhogend. Het winnen van de gunst van de apotheker, door deze op allerlei manieren aan zich te binden, door elkaar nauwgezet te volgen en te imiteren, hebben groothandelaren zich tot bepaalde vormen van concurrentie laten verleiden — zoals een intensieve service-concurrentie — die in principe voor de groothandel vrij kostbaar is. Tevens biedt dit mogelijkheden voor nieuwe concurrenten, wanneer zij in staat zijn om hiervoor (goedkopere) alternatieven te vinden. De toekomst is onzeker. Als de drie grote groothandels in staat blijven om zo dominant in de markt aanwezig te zijn zal de directe concurrentie, zeker ten aanzien van prijzen, beperkt blijven. Als alternatieve aanbieders buiten de grote drie — zoals (van de grote drie onafhankelijke) niet-volgesorteerde groothandels, rugzakkers en nieuwe initiatieven als die van Geové en Ahold — optimaal hun sterke punten ten opzichte van de bestaande volgesorteerde groothandels kunnen uitbuiten, zal er veel kunnen veranderen. De nieuwe intreders in de distributie van geneesmiddelen zullen een coalitie van in ieder geval de groothandel samen met de apothekers tegen zich vinden. Door hun plannen treden zij immers niet alleen in de groothandelsfunctie, maar bedreigen zij ook (deels) de functie van de bestaande structuur van openbare apothekers en apotheekhoudende huisartsen. Ten aanzien van de concurrentiekracht van de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten wordt geconcludeerd dat deze geen eenduidig effect heeft op de intensiteit van de concurrentie (con +/-) binnen de *industry* van groothandelaren in geneesmiddelen. De Nederlandse volgesorteerde groothandel kent daarbij een dominante positie in het heden, maar een onzekere toekomst, vooral door de opkomst van steeds meer bedreigingen voor de functie van de reguliere volgesorteerde groothandel.

De dreiging van substituten op het niveau van geneesmiddelen is zeer hoog te noemen voor de groothandel: een percentage van 100% van de gebruikte determinanten draagt bij aan een verhoging van de substitutiedreiging en daarmee aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie (con +) binnen de *industry* van groothandelaren in geneesmiddelen. Door de centrale positie van de groothandel, in wat eerder al een netwerk van substitutiemogelijkheden genoemd is, heeft de volgesorteerde groothandel hiervan tot nu toe vooral kunnen profiteren

en werkt deze concurrentiekracht dan ook met name in het voordeel van de groothandel. De groothandel is in staat, door het 'in huis hebben' van verschillende substituten, om een strategie uit te stippelen waarin optimaal geprofiteerd kan worden van de grote mogelijkheid tot substitutie in de geneesmiddelensector.

De dreiging van substituten op het niveau van de groothandelsfunctie is ook zeer hoog te noemen, alle determinanten uit het model dragen bij een verhoging van de dreiging van substituten en daarmee aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie (con +) binnen de *industry* van groothandelaren in geneesmiddelen. Anders dan bij de dreiging van substituten op het produktniveau, die vooral in het voordeel van de groothandelaren werkt, zorgt de (potentiële) dreiging van alternatieve aanbieders voor een verdere ondersteuning van de conclusie die in deze paragraaf naar aanleiding van de bespreking van de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de *industry* van groothandelaren al gemaakt is: de (volgesorteerde) groothandel wacht een onzekere toekomst.

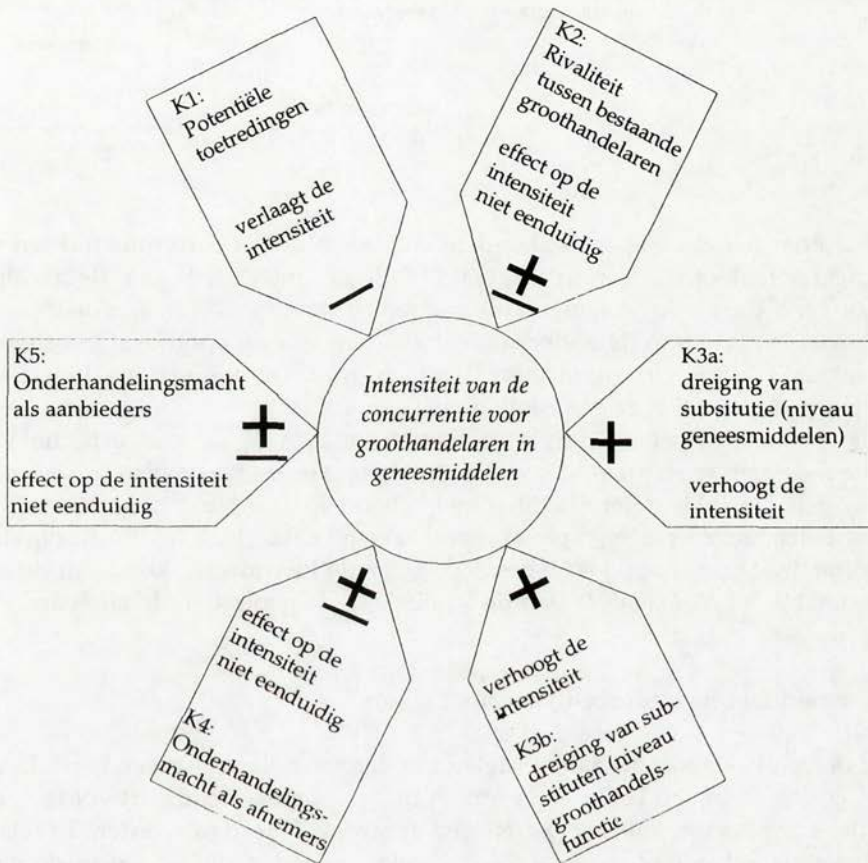
Ten aanzien van de onderhandelingsmacht van de groothandel als afnemer ten opzichte van de producent als aanbieder werkt 60% van de gebruikte determinanten in het voordeel van de groothandelaren (i.c. concurrentie-intensiteit verlagend), terwijl 40% van de gebruikte determinanten in het voordeel van producenten werkt (i.c. concurrentie-intensiteit verhogend). Belangrijk is wel om hierbij aan te tekenen de volgesorteerde groothandel zelf vaak dochters bezit die generieke geneesmiddelen produceren, terwijl met de parallel-import firma's van de groothandel de prijsstrategie van de producenten ten aanzien van de (nieuwere) specialité's ontdoken kan worden. Geconcludeerd wordt dat voor groothandelaren in geneesmiddelen de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers ten opzichte van producenten als aanbieders geen eenduidig effect heeft op de intensiteit van de concurrentie (con +/-) binnen de *industry*.

Tot slot komt voor de groothandelaren dan nog de onderhandelingsmacht als aanbieders ten opzichte van hun afnemers c.q. de apothekers aan de orde. Van de in de analyse gebruikte determinanten werkt 57% in het voordeel van de groothandelaren en daarmee concurrentie-intensiteit verlagend. 43% van de gebruikte determinanten werkt in het voordeel van de apothekers en daarmee concurrentie-intensiteit verhogend. De groothandel heeft troeven in handen, zoals de al eerder genoemde centrale positie ten aanzien van substitutie, maar het blijft de apotheker die kiest tussen bijvoorbeeld parallel-geïmporteerde geneesmiddelen of regulier-geïmporteerde produkten. De aard van de concurrentie, hierboven besproken bij de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de *industry* van groothandelaren, zorgt ervoor dat de apotheker bepaalde voordelen in handen heeft die met name gerelateerd zijn aan de determinanten 'het belang van afnemer in prijs en/of volume voor de aanbieder' en 'het belang van het produkt voor de afnemer als *input*'. De beslissingen van de apotheker zijn wel gedeeltelijk te beïnvloeden — gericht op een voor de groothandel optimale 'substitutie-mix' — maar dat kost (veel) geld, vooral in termen van bonussen en kortingen. Daarnaast speelt zich dit ook voor een deel af buiten het beïnvloedingsgebied van de groothandel, zoals met betrekking tot (de hoogte van) de stimulanspremie. Gecon-

cludeerd wordt dat voor groothandelaren in geneesmiddelen de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van groothandelaren als aanbieders ten opzichte van apothekers als afnemers geen eenduidig effect heeft op de intensiteit van de concurrentie (con +/-) binnen de *industry*.

De resultaten van de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van groothandelaren in geneesmiddelen zijn samengevat in figuur 3.18, waarmee deze paragraaf afgesloten wordt.

Figuur 3.18 Model voor de intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen

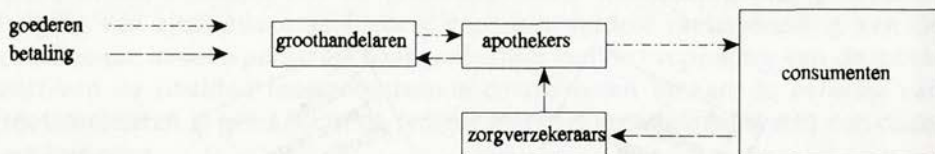


3.4 DE INTENSITEIT VAN DE CONCURRENTIE VOOR APOTHEKERS

De apotheekhoudende in Nederland heeft verbindingen met de groothandel die de goederen levert, welke de apotheker vervolgens distribueert naar de consument. Voor geneesmiddelen ontvangt de apotheker direct of indirect betaling via de zorgverzekeraars, die de consumenten tegen ziektekosten verzekeren.

De relaties die te zien zijn in figuur 3.19 komen terug in de hierna volgende bespreking van de intensiteit van de concurrentie voor apothekers, waarbij de concurrentiekracht van de apothekers als aanbieders niet apart behandeld wordt (zie paragraaf 3.1.4). In de volgende paragraaf zal, daar waar gesproken zal worden consumenten, nader ingegaan worden op de relatie tussen apotheken en consumenten, ook in verband met de relatie die beiden hebben met de voorschrijvende arts.

Figuur 3.19 Het relatieschema voor apothekers



Op het niveau van de apotheekhoudenden komen de concurrentiekrachten van de potentiële toetredingen (paragraaf 3.4.1), de intensiteit van de rivaliteit (paragraaf 3.4.2) en de dreiging van substituten (paragraaf 3.4.3) aan de orde. De concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van de apotheker als afnemer (paragraaf 3.4.4), heeft vooral betrekking op de in figuur 3.19 geschetste verbinding tussen apotheker en groothandel.

Net als bij de behandeling van de intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren (paragraaf 3.3) zullen, analoog aan de werkwijze in de vorige paragrafen, bepaalde determinanten niet behandeld worden.

De belangengroepering op het apothekersniveau, de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie), komt aan de orde in hoofdstuk 4 bij de analyse van de strategie in de geneesmiddelensector.

3.4.1 Potentiële toetredingen voor apothekers

Voor de apotheker zijn **schaalvoordelen** minder van belang. Als een bepaald verzorgingsgebied bijvoorbeeld aan normen qua populatie(dichtheid) voldoet, dan kan daar in principe, zakelijk gezien, een apotheek gevestigd worden. In relatief dunbevolkte gebieden, de minst verstedelijkte gebieden die vooral in de noordelijke en zuidelijke provincies voorkomen, zijn de meeste apotheekhoudende huisartsen te vinden. Er zijn wel apothekers of concerns die meerdere apotheken bezitten, maar over het algemeen is de apotheker met één apotheek nog de meest voorkomende vorm. De meeste apothekers zien zichzelf in de eerste plaats als specialisten – zorgleveranciers met een specifieke deskundigheid – en pas in tweede instantie als ondernemers. De zogenaamde concernbouwers onder de apothekers zijn duidelijk in de eerste plaats ondernemers en veel apothekers zien dit soort ontwikkelingen dan ook met lede ogen aan. De verdiensten die men met een apotheek kan behalen zijn echter dusdanig interessant dat nieuwe initiatieven

binnen deze *industry* wel tot op zekere hoogte gebruik maken van schaalvoor- delen. Voorbeelden hiervan zijn de plannen van het Ahold-concern om zoge- naamde mega-apotheken te realiseren. Daarnaast komt clustering van apotheken voor, teneinde allerlei uiteenlopende doelen van inkoop tot gezamenlijke belangenbehartiging te bereiken. Een voorbeeld hiervan is de RAV (Rotterdamse Apothekers Vereniging), waarbij bijna alle in het verzorgingsgebied van Zilveren Kruis Rijnmond (voorheen SZR – Stichting Ziekenfonds Rotterdam) liggende apotheken aangesloten zijn en die vooral opgericht is om de belangen van de apotheker versus de zorgverzekeraar te regelen.

Sprekend over de determinant **benodigd kapitaal** is het relevant dat in Nederland alleen een apotheker (iemand die daarvoor een academische studie gevolgd heeft) eigenaar mag zijn van een apotheek en voor diegenen die aan deze voorwaarden voldoen bestaat de mogelijkheid om een apotheek over te nemen, danwel een nieuwe apotheek te vestigen. Bij het overnemen van een apotheek wordt behalve voor huisvesting en voorraad ook vaak voor *goodwill* een bedrag gerekend. Zelfs als een overnamesom beperkt zou zijn tot één à twee jaaromzetten kan men toch al op bedragen van miljoenen guldens rekenen. Het vestigen van een nieuwe apotheek betekent dat men met opstartkosten geconfronteerd wordt en een eigen nieuwe klantenkring moet opbouwen. De grotere onzekerheid die daarbij een rol speelt kan ook problemen geven bij de financiering die de beginnende ondernemer i.c. de apotheker nodig heeft. De noodzakelijk grote investeringen voor een nieuwe apotheek werken als entree-barrières in het voor- deel van de bestaande concurrenten.

De **toegang tot distributiekkanalen** is gegarandeerd in die zin dat de groot- handel is verplicht om de apotheker te leveren. De toegang tot de consument hangt samen met de contracten die een apotheker met zorgverzekeraars heeft. Door de contracteervrijheid van zorgverzekeraars (met ingang van 1 januari 1994) is meer onzekerheid voor de bestaande concurrenten binnen de *industry* van apothekers ontstaan.

De eerste in het rijtje van determinanten onder de noemer **kosten-nadelen onafhankelijk van schaal**, de determinant **eigendom van produkt-technologie** speelt voor het bedrijf van de apotheek geen belangrijke rol. De dienstverlening in de apotheek wordt bijvoorbeeld wel ondersteund door automatisering, maar deze is niet uniek per apotheek en tevens in principe voor iedereen toegankelijk. De apotheker ontvangt zijn ondersteuning vaak via de groothandel, die dit ook als een vorm van klantenbinding ziet, maar vergelijkbare systemen kan men in principe ook door een software bedrijf laten ontwerpen.

In het kader van de **toegang tot noodzakelijke inputs** kan, wanneer het concept van een produkt in een meer fysieke vorm losgelaten wordt, vooral de relatie tussen apotheken en zorgverzekeraars zeer wezenlijk zijn voor de apotheker. Ziekenfondsen (nu zorgverzekeraars genoemd) zijn, zoals al gezegd is, per 1 januari 1994 vrij in het sluiten van contracten met apotheken. Zij kunnen dus ook voorwaarden aan een apotheek stellen om een contract te krijgen. Voor een apotheker zijn deze ziekenfondscontracten relatief belangrijk. Nederland telde in 1990 9.177.000 ziekenfondsverzekerden en 5.556.000 particulier verzekerden [FOZ 1992:37]. Zeker op die plaatsen – en dat zijn momenteel de meeste nog in

Nederland — waar één ziekenfonds een dominante positie inneemt, betekent het ontbreken van een ziekenfondscontract voor de apotheek, het ontbreken van de toegang tot bijna tweederde van het potentiële klantenbestand.

Een **gunstige locatie** van het bedrijf is in Nederland voor apotheken, in de zin waarin deze determinant bedoeld is, niet van belang. De apotheken kennen in Nederland een redelijke spreiding. De KNMP probeert in het kader van de individuele overeenkomsten Farmaceutische hulp — de contractafspraken tussen (groepen van) apothekers en zorgverzekeraars — ook afspraken vast te leggen ten aanzien van het vestigings- en spreidingsbeleid van apotheken. In de door de KNMP voorgestelde procedure functioneren zowel een vestigingscommissie, die zich bezighoudt met de vraag of een apotheek gevestigd kan worden en waar dit kan gebeuren, als een selectiecommissie, voor de vraag welke apotheker die nieuwvestiging kan verrichten. Bij de beslissing en selectie spelen de betrokken zorgverzekeraar en het betreffende departementsbestuur van de KNMP, danwel de regionale vertegenwoordigingen van apothekers in overleg met de KNMP, een centrale rol. De KNMP zou graag zien dat voor heel Nederland hun vestigingsbeleid regel wordt. Anno 1994 zijn regelingen met betrekking tot het vestigings- en spreidingsbeleid van apothekers al in verschillende gebieden overeengekomen, zoals de KNMP departementen Drenthe, Hanzeland en Groningen, en met verschillende zorgverzekeraars zoals Ziekenfonds Oostnederland en OZ-zorgverzekeringen. Waar er afspraken gemaakt zijn in de geest van het vestigings- en spreidingsbeleid van de KNMP, daar fungeert dit als een belangrijke entree-barrière voor toetreders, en draagt dus bij aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry*.

Voor het bedrijf van de apotheek dat in de meeste gevallen nogal kleinschalig is zijn **subsidievoordelen** en het **bezit van een leer/ervaringscurve**, in de zin zoals ze in het model van concurrentiekrachten bedoeld zijn, niet van belang.

Ten aanzien van de determinant **overheidsbeleid** zijn de in het kader van het overheidsbeleid gebruikte instrumenten in de geneesmiddelensector niet specifiek gericht op het creëren of wegnemen van entree-barrières binnen de *industry* van apothekers. Het is mogelijk om in overweging te nemen om de instroombeperking voor de farmaciestudie als een entree-barrière te zien. Daarvoor wordt niet gekozen, omdat een persoon die overweegt farmacie te studeren niet gezien wordt als een potentiële concurrent van een bestaande (openbare) apotheker.

Het overheidsbeleid ten aanzien van de geneesmiddelensector heeft daarmee op zich niet bijgedragen aan het vormen van entree-barrières in het voordeel van bestaande concurrenten binnen de *industry* van apothekers. Daarnaast is het overheidsbeleid er ook niet op gericht geweest om entree-barrières weg te nemen. De determinant overheidsbeleid, gezien als entree-barrière, heeft daarom weinig betekenis voor een verhoging of verlaging van de intensiteit van de concurrentie op het niveau van apothekers.

Bij de bespreking van de determinant **te verwachten tegenmaatregelen** bij de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen voor groothandelaren is al gesproken over het, in ieder geval tot nu toe, soms tegen de verwachting in ontbreken van vergeldingsacties, waarbij het voorbeeld van de rugzakgroot-handelaren genoemd is.

Het ontbreken van tegenmaatregelen hangt ook samen met het in het verleden ontbreken van pogingen tot nieuwe intredingen. Nu de verzekeraar Geové echter met een experiment begonnen is om medicijnen via de PTT thuis te bezorgen en Ahold BV met de werkmaatschappij PragmaCare plannen heeft om een keten van apotheken op te zetten, die goedkoper en klantvriendelijker dienen te worden dan de bestaande apotheken, tekenen zich voor het eerst belangrijke nieuwe ontwikkelingen af. Als andere (grotere) verzekeraars het initiatief van Geové zouden volgen en Ahold ook succes heeft, dan zouden op termijn apotheken gaan verdwijnen. Vooralsnog lijkt de reactie van de apothekers zich te concentreren op plannen voor de verbetering van service en dienstverlening en tekenen zich geen duidelijke ontwikkelingen af die men vergelding zou kunnen noemen. Apothekers hebben in directe relatie met andere apothekers weinig middelen in handen om vergelding te plegen. In de praktijk blijkt dat een apotheker die bijvoorbeeld meewerkt met postorderfarmacie 'gepest' wordt doordat zijn nachtdiensten niet meer waargenomen worden door collega-apothekers. Op zich brengt dit de werking van de apotheek echter niet in gevaar. Het bedrijf van de apotheek stagneert echter wel als de belevering vanuit de groothandel stopt. Wanneer de (volgesorteerde) groothandel zich expliciet of impliciet opwerpt als verdediger van de belangen van de (traditionele) openbare apotheker, al dan niet onder druk van zijn afnemers, dan kan men spreken van effectieve tegenmaatregelen en vergelding.

Niet besproken zijn hier produktdifferentiatie en overstapkosten, die beiden niet van belang zijn in het kader van de potentiële toetredingen op het apothekersniveau. Produktdifferentiatie zou wel een belangrijk item kunnen zijn als deze analyse niet beperkt was tot recept-geneesmiddelen. In dat geval zou namelijk de concurrentie tussen apotheek en drogist, bijvoorbeeld ten aanzien van vrije-verkoop middelen, dropwaren, homeopathische middelen en cosmetica aan de orde komen.

Naar aanleiding van deze paragraaf wordt hier geconcludeerd dat de entree-barrières, die potentiële toetredingen determineren, een belangrijke rol spelen het kader van de intensiteit van de concurrentie van apothekers in de geneesmiddelensector. De barrières zijn hoog – zij het niet zo hoog als bij producenten en groothandelaren – waarbij de determinanten benodigd kapitaal, toegang tot distributiekkanalen en gunstige locaties (i.c. vestigingsbeleid) in het voordeel van bestaande concurrenten en daarmee bijdragen aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie, zoals in figuur 3.20 weergegeven is.

In figuur 3.20 zijn de determinanten produktdifferentiatie, overstapkosten, eigendom van produkt-technologie, toegang tot noodzakelijke *inputs*, gunstige locaties, subsidievoordelen, het bezit van een leer/ervaringscurve overheidsbeleid niet opgenomen, omdat deze noch bijdragen aan een verlaging, noch aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van apothekers. Alleen de determinant schaalvoordelen werkt duidelijk in het voordeel van nieuwe intreders en draagt daarmee bij aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie, waarmee tot slot hier geconcludeerd kan worden dat entree-barrières in de geneesmiddelensector op het niveau van de apotheker hoog zijn.

Figuur 3.20 Potentiële toetredingen voor apothekers

Concurrentie-intensiteit verlagend	Concurrentie-intensiteit verhogend
<ul style="list-style-type: none"> – Benodigd kapitaal – Toegang tot distributiekkanalen – Gunstige locaties (vestigingsbeleid) (– Te verwachten tegenmaatregelen) 	<ul style="list-style-type: none"> – Schaalvoordelen (– Contractvrijheid zorgverzekeraars) (– Alternatieve distributievormen)

Twee ontwikkelingen, die zich pas in toekomst duidelijker zullen gaan aftekenen, kunnen op het apothekersniveau een meer onzekere toekomst veroorzaken. Beiden zijn hierboven genoemd: de contracteervrijheid van zorgverzekeraars en de opkomst van alternatieve distributievormen. Als ontwikkelingen waarvan het effect nog onduidelijk is zijn ze tussen haakjes in figuur 3.20 opgenomen. De determinant te verwachten tegenmaatregelen is tussen haakjes ingedeeld bij de concurrentie-intensiteit verlagende determinanten, omdat het moeilijk te duiden is welke vergelding nieuwe intreders in de toekomst te wachten staat binnen de *industry* van apothekers. Als de tegenmaatregelen op de langere termijn (blijven) komen en effectief zijn, dan zal dit bijdragen aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie.

3.4.2 Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor apothekers

Ten aanzien van de determinant **concentratie (en evenwicht)** valt op te merken dat de distributie van geneesmiddelen in Nederland loopt via de groothandel naar ongeveer 2000 distributiepunten van apotheekhoudenden. Dit aantal apothekers is over de jaren heen redelijk constant gebleven zoals in tabel 3.13 te zien is.

Tabel 3.13 Aantallen apotheekhoudenden (1987-1992)

Apotheekhoudende	1987	1988	1989	1990	1991	1992	gemiddelde jaarlijkse verandering	
							nominaal	%
Gevestigde apotheker	1320	1354	1391	1425	1453	1480	32	2,2
Tweede apotheker	437	506	510	545	527	547	22	4,4
Apotheekhoudende huisarts	826	781	770	758	718	686	-28	-3,8

Bron: FOZ 1993:196.

Er is afname van distributiepunten op het platteland geconstateerd, waar het verzorgingsgebied van apotheekhoudende huisartsen werd overgenomen door apotheken, terwijl er tegelijkertijd apotheken bij kwamen in nieuwbouwwijken, die tevens gemiddeld minder patiënten hadden [STG 1991 35-36]. In tabel 3.10 is te zien dat al een aantal jaren een zekere stabilisatie in de groei van nieuwe (openbare) apotheken waar te nemen is. Bekeken over de periode 1987-1992 hebben zich gemiddeld jaarlijks 32 apothekers gevestigd en daarmee samenhangend kwam de gemiddelde jaarlijkse afname van apotheekhoudende huisartsen op 28 [FOZ 1993:196]. Dit betekent dat voor de periode 1987-1992 er 160 openbare apotheken bij kwamen, terwijl er 140 apotheekhoudende huisartsen verdwenen. Opvallend is de groei van het aantal tweede apothekers. In de periode 1987-1992 kwamen er in procenten uitgedrukt twee keer zoveel tweede apothekers (4,4%) als gevestigde (openbare) apothekers (2,2%) bij [FOZ 1993:196]. Dit is in zekere zin ook een rem op de druk naar de KNMP om mee te werken aan de verruiming van de normen ten aanzien van het door hen voorgestane vestigingsbeleid. De KNMP kiest vooral voor de al gevestigde apothekers en wil geen verlaging van normen, bijvoorbeeld ten aanzien van de grootte van de populatie in het verzorgingsgebied van een apotheek, waardoor de hoogte van het inkomen van de openbare apotheker in gevaar zou komen. Het fenomeen 'wilde apotheken' komt weinig voor in Nederland. Als gevolg daarvan is er nauwelijks sprake van te hoge concentraties van apotheken in bepaalde gebieden. In gebieden waar niet aan deze normen voldaan wordt zijn nog altijd veel apotheekhoudende huisartsen te vinden. De evenredige concentratie van apotheken draagt niet bij aan een intensieve rivaliteit.

Voor de apotheker speelt een situatie met een **verscheidenheid aan concurrenten** op dit moment nog geen belangrijke rol. De meeste gewone apotheken zijn kopieën van elkaar. Mogelijk komt in deze situatie verandering als apotheken in andere vormen meer zullen voorkomen, zoals bijvoorbeeld in het geval van de mega-apotheek. Dit zou dan leiden tot meer diverse concurrenten en een meer intensieve rivaliteit.

Sprekend over **grote strategische (ondernemings-)belangen** geldt voor de apotheker geen vergelijkbare situatie zoals de producenten en de groothandelaren die kennen, de verdeling en spreiding van apothekers werkt een intensivering van de rivaliteit door grote strategische belangen niet in de hand.

Ook voor de apothekers spelen **hoge uittredebarrières** een rol. De academische studie voor apotheker biedt een aantal loopbaan-mogelijkheden, zoals gevestigde (openbare) apotheker, apotheker in loondienst, ziekenhuisapotheker, industrie-apotheker en elders werkzame apothekers (zoals bij de overheid, farmaceutische inspectie en wetenschappelijk onderwijs), waarbij in tabel 3.14 te zien is om welke aantallen het ongeveer gaat.

Tabel 3.14 *Apothekers in Nederland, indeling naar soort en percentage, 1992*

Soort	Aantal	Percentage
Gevestigde apotheker	1278	42
Tweede apotheker	459	15
Ziekenhuisapotheek	298	10
Industrie-apothekers	299	10
Elders werkzaam	299	10
Zonder functie	411	14

Bron: Pharmaceutisch Weekblad, jg. 127, nr. 33/34, 1992.

Verreweg de grootste groep apothekers is werkzaam als openbare apotheker en veel apothekers — die zelf geen gevestigd apotheker zijn — gaan vaak in loondienst werken bij gebrek aan de mogelijkheid om op dat moment zelf een apotheek te beginnen. De uittrede-barrières voor een apotheker, zoals voor elke zeer specialistisch opgeleide academicus, om buiten de in de tabel genoemde banen te gaan werken, zijn zeer groot. Voor de gevestigde apotheker zijn de uittrede-barrières vaak hoog vanwege verplichtingen die zijn aangegaan, zoals met betrekking tot de financiering van apothekersbedrijf, waarvoor bij banken of groothandelaren leningen zijn aangegaan. Daarnaast is het apothekersbedrijf bijvoorbeeld ook in termen van persoonlijk inkomen interessant, hetgeen in paragraaf 3.4.3 nog toegelicht zal worden. Als men eenmaal aan een bepaald (relatief hoog) inkomen gewend is, dan zal men niet snel naar een andere positie omzien, zeker als men daar minder zou verdienen. Daarnaast zullen er apothekers zijn die, zelfs als zij bijvoorbeeld in loondienst eenzelfde of zelfs hoger inkomen kunnen krijgen, de vrijheid om ondernemer en 'eigen baas' te zijn niet willen missen.

Een aantal determinanten van de intensiteit van de rivaliteit zijn in deze paragraaf over apothekers nog niet aan de orde geweest. Eerder is al geconstateerd dat er sprake is van een redelijke groei in de bedrijfstak en een gebrek aan overstapkosten. De eerste determinant zorgt voor een verlaging van de intensiteit van de rivaliteit en de tweede voor een verhoging daarvan. De elementen vaste (of voorraad-)kosten, periodieke overcapaciteit, grote produkthoeveelheden en produktdifferentiatie (in het kader van de voorziening van recept-geneesmiddelen) zijn vooral van belang voor producenten en minder interessant op het niveau van de apotheker.

Geconcludeerd wordt hier dat voor wat betreft de concurrentiekracht van de intensiteit van de rivaliteit de determinanten concentratie en evenwicht, een redelijke groei in de bedrijfstak en het (tot nu toe) ontbreken van verscheidenheid aan concurrenten, alsmede grote strategische (ondernemings-) belangen bijdragen aan een verlaging van de rivaliteit in de geneesmiddelensector, en daarmee aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie. Tot slot kan ook het door de KNMP voorgestane terughoudende vestigingsbeleid ten aanzien van de vestiging van nieuwe openbare apotheken, hoewel niet in het model opgenomen en daarom

tussen haakjes vermeld, bijdragen aan verlaging van de rivaliteit op het niveau van de gevestigde apotheek. De verwachting bestaat dat afspraken over vestiging en spreiding van apotheken in meer individuele overeenkomsten Farmaceutische hulp zullen worden opgenomen, dan nu reeds het geval is.

Figuur 3.21 Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor apothekers

Rivaliteitsverlagend	Rivaliteitsverhogend
<ul style="list-style-type: none"> – Concentratie en evenwicht – Redelijke groei in de bedrijfstak – Verscheidenheid aan concurrenten – Grote strategische (ondernemings-) belangen (– Vestigingsbeleid) 	<ul style="list-style-type: none"> – Gebrek aan overstapkosten – Hoge uittredebarrières

Zoals ook weergegeven is in figuur 3.21 dragen wel de determinanten gebrek aan overstapkosten en hoge uittredebarrières bij aan een verhoging van de intensiteit van de rivaliteit voor apothekers en daarmee aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van apothekers.

3.4.3 Dreiging van substituten voor apothekers

Analoog aan de bespreking van de intensiteit van de concurrentie van groothandelaren in de geneesmiddelensector maken we hier bij de analyse van de dreiging van substituten voor apothekers een onderscheiding tussen het substitueren van geneesmiddelen en substitutie van de functie van de bestaande (openbare) apotheker.

Ten aanzien van het substitueren van geneesmiddelen is voor wat betreft de determinanten van de **relatieve prijs van een substituu**t en de **geneigdheid tot substitueren** vast te stellen dat de apotheker meer geneigd zal zijn om te substitueren naar goedkopere middelen in verband met de stimulanspremie, die met het oog hierop ook in 1991 verhoogd is. Wanneer de apotheker alleen het vaste bedrag per recept-regel ontvangt, maakt de prijs van het produkt hem natuurlijk niets uit. De apotheker is echter niet vrij in het substitueren van geneesmiddelen. Zoals al gezegd, het is de arts die voorschrijft welk (merk-)geneesmiddel er gebruikt wordt. Bij de substitutie voor parallel-geïmporteerde geneesmiddelen is dat niet van belang omdat het om dezelfde merkgeneesmiddelen gaat, maar in alle andere gevallen kan de apotheker niet zonder overleg een recept wijzigen en dus ook niet zomaar substitueren met generieke geneesmiddelen. De relatieve prijs van een substituut is van belang in verband met de hoogte van de extra verdiensten bij het substitueren. Geconcludeerd wordt dat de apotheker geneigd zal zijn te substitueren en dat de prijs (of beter, de premie of bonus voor de

apotheker bij aflevering van een ander (goedkoper) produkt) daarbij van doorslaggevend belang is.

(Een gebrek aan) overstapkosten speelt in de enge betekenis van het woord geen rol voor apothekers. De meeste apothekers zijn klant bij diverse groothandelaren, die ook de plicht hebben om een apotheker die daarom vraagt te leveren. De groothandelaren concentreren zich, ook door het ontbreken van overstapkosten, op de zogenaamde service- en margeconcurrentie. Vooral deze margeconcurrentie kan zeer verschillende vormen aannemen, die ook bedoeld zijn om apothekers aan de groothandel te binden. Enkele voorbeelden van constructies daarbij zijn volgens de Economische Controle Dienst:

- directe kortingen;
- bonussen (levering van extra's zonder dat daarvoor betaald dient te worden);
- gewone extra's (van cadeaubonnen tot videorecorders);
- uitbetaling in het buitenland;
- spaarsystemen en leningen [ECD 1989].

De grootste groothandel OPG laat dankzij haar 'onderlinge' karakter de apothekers ook meedelen in de winst. Omdat alle groothandelaren zich op eenzelfde wijze tot hun klanten richten is de binding via deze margeconcurrentie ook maar deels effectief.

Tot slot moet hier nogmaals het fenomeen van de rugzak-groothandelaren genoemd worden. Deze groothandelaren die eigendom zijn van één of meerdere apothekers kunnen een alternatief kanaal vormen. Zoals al gezegd is gaat het hier echter alleen om geneesmiddelen met een snelle omzet (de zogenaamde *fast-movers*) en kunnen deze rugzakgroothandelaren nooit de gewone groothandel vervangen. Daarnaast blijkt de omvang van het fenomeen van de rugzak-groothandel mee te vallen.

De drie bovengenoemde determinanten van de dreiging van substituten, in het kader van de substitutie van geneesmiddelen, dragen alle bij tot verhoging van de substitutiedreiging en daarmee ook aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie, zoals in figuur 3.22 wordt weergegeven.

Sprekend over de determinanten van substitutiedreiging ten aanzien van de apothekersfunctie valt over de **winstmarge** van de apotheker het volgende op te merken. De apotheker ontvangt een vergoeding per receptregel en een stimulanspremie wanneer hij een goedkoper alternatief levert, dan door de arts oorspronkelijk is voorgeschreven. Van het prijsverschil tussen de twee produkten mag de apotheker dan 1/3 zelf houden (per 1 oktober 1991 is de stimulanspremie verhoogd van 20 naar 33,3%). In de prijsopbouw van een geneesmiddel is de gemiddelde apothekersmarge van 24,6% van de consumentenprijs de grootste kostencomponent, op de voet gevolgd door de produktiekosten, die 22,7% van de consumentenprijs uitmaken [Farma Feiten 1992:6]. De Rabobank kwam in termen van een resultatenrekening tot een overzicht dat weergegeven is in tabel 3.15.

Tabel 3.15 Resultatenrekening apothekers 1989 (in procenten van de omzet)

	Gehele branche	Prognose 1990
Inkopen	73,9	68
Brutowinst	26,1	32
Totaal kosten	20,4	25
Exploitatieresultaat	5,7	7

Bron: Rabobank Nederland, Cijfers & Trends 1990:86.

Op grond van deze gegevens is het niet moeilijk om aan te nemen dat een apotheker een ruime winstmarge heeft en in die zin het apothekersbedrijf interessant is, hetgeen bijdraagt aan de dreiging van substituten.

De schakel van de apotheker in Nederland draagt, met een percentage van tegen de 25%, relatief veel bij aan de prijsopbouw van de consumentenprijs van geneesmiddelen, zoals hierboven al gezegd is. Als het mogelijk is om bijvoorbeeld schaalvoordelen te realiseren, zeker in combinatie met bijvoorbeeld het meer ineenschuiven van apothekers- en groothandelsfunctie of het gebruiken van andere distributienetwerken (zoals dat van de PTT), dan bestaan er mogelijkheden om de gevestigde apotheker letterlijk 'de markt uit te prijzen', tenminste wanneer we ons hier beperken tot de determinant van de **relatieve prijs van een substituu**t. Alternatieven voor de gevestigde apotheek kunnen (veel) goedkoper zijn en in dit verband zorgt deze determinant dan ook voor verhoging van de substitutiedreiging.

De **geneigdheid tot substitueren** hangt af van de afnemers van de apotheek i.c. consumenten en de zorgverzekeraars. Voor de consumenten is al herhaalde malen geconstateerd dat voor hen onvoldoende prikkels bestaan ten aanzien van de keuze voor bepaalde geneesmiddelen en de kosten die daarmee gemoeid zijn. Als het consumenten al vaak aan mondigheid en kennis ontbreekt om in een openbare apotheek om een ander (eventueel goedkoper) geneesmiddelen te vragen, dan zullen zij zeker niet actief naar een alternatief voor de gevestigde (openbare) apotheek zoeken. Daarbij komt dat deze discussie voornamelijk academisch is omdat er voor consumenten op dit moment, met uitzondering van bijvoorbeeld diegenen die deelnemen in het Geové-initiatief, geen alternatieven zijn voor de openbare apotheker of de apotheekhoudende huisarts, wanneer we spreken over de verstrekking van recept-geneesmiddelen.

In het Plan Dekker (zie hoofdstuk 1) werd al geconstateerd dat *countervailing power* niet verwacht mocht worden van consumenten, maar wel van verzekeraars. Hoewel door zorgverzekeraars wel gesproken wordt over kostenbeheersing, zijn over het algemeen de resultaten daarvan op dit moment niet zo zichtbaar. Behalve het al herhaalde malen genoemde Geové-initiatief en het bericht dat Zilveren Kruis Rijnmond onderzoekt of het mogelijk is buiten de traditionele distributiekkanalen (groothandel en apotheker) in geneesmiddelen te voorzien [NRC 06.04.93], is er op dit moment in de praktijk weinig van te merken dat zorgverzekeraars proberen alternatieven voor de bestaande structuur van apotheek-

houden te ontwikkelen. Samenvattend kan de geneigdheid tot substitueren van de bestaande apothekersfunctie niet groot genoemd worden. Deze determinant draagt in dit verband dan ook bij aan een verlaging van de dreiging van substituten.

Figuur 3.22 Dreiging van substituten voor apothekers

Substitutedreiging verlagend	Substitutedreiging verhogend
<ul style="list-style-type: none"> • Substitutie van de apothekersfunctie - Geneigdheid tot substitueren - Overstapkosten 	<ul style="list-style-type: none"> • Substitutie van geneesmiddelen <ul style="list-style-type: none"> - relatieve prijs van een substituu - geneigdheid tot substitueren - gebrek aan overstapkosten • Substitutie van de apothekersfunctie <ul style="list-style-type: none"> - ruime winstmarge - relatieve prijs van een substituu

Alternatieve aanbieders op het niveau van de apotheker krijgen te maken met onwillige leveranciers van geneesmiddelen. In dat verband kan men ook kijken naar de determinant van een mogelijk **gebrek aan overstapkosten**. In de praktijk blijken er voor alternatieve aanbieders moeilijkheden te ontstaan wanneer het gaat om de bevoorrading van hun apotheek vanuit de groothandel. Zo heeft OPG geweigerd om te leveren aan de Extra Apotheek in Brunssum, die als zogenaamde mega-apotheek deelneemt aan het Geové-initiatief. Het kort geding dat begin 1993 door de Extra Apotheek werd aangespannen om OPG tot levering te dwingen werd verloren. De president van de rechtbank in Utrecht accepteerde de stelling van OPG dat een aanzienlijk aantal openbare apotheken zal moeten sluiten als de postorderfarmacie een succes wordt. Hij bepaalde dat OPG niet gedwongen kan worden om mee te werken aan een systeem waartegen de 'gewone' apothekers (de leden van de apothekerscoöperatie OPG) ernstige bezwaren hebben [NRC 09.04.93]. Voor alternatieve aanbieders van de apothekersfunctie zullen daardoor extra problemen en kosten kunnen ontstaan, doordat ze bijvoorbeeld ook gedwongen kunnen zijn om zelf in de groothandelsfunctie te voorzien. Voor produkten met een hoge omloopsnelheid is dat niet zo'n probleem, maar wanneer men gedwongen is gelijk in een volgesorteerde groothandel te voorzien, dan kunnen de investeringen en kosten snel oplopen. Wanneer vanuit deze gedachtengang naar het begrip overstapkosten gekeken wordt, blijkt dat voor een alternatieve aanbieder op het apothekersniveau overstapkosten niet ontbreken en zelfs hoog kunnen zijn. Waarschijnlijk zal het voor een alternatieve aanbieder niet alleen moeilijk zijn om van leverancier te wisselen, maar zelfs noodzakelijk om achterwaarts te integreren om de toelevering zeker te stellen. Het niet ontbreken van overstapkosten draagt bij aan een verlaging van de substitutedreiging.

Zoals in figuur 3.22 is weergegeven dragen alle determinanten bij aan een verhoging van de dreiging van substituten en daardoor aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie.

3.4.4 Onderhandelingsmacht van apothekers als afnemers

Voor wat betreft de determinant van het **aankoopvolume van de afnemer** dient allereerst opgemerkt te worden dat de groothandelaren, zoals ook al eerder gezegd is, in de afgelopen 10 tot 15 jaar geprobeerd hebben om zowel nationaal als internationaal een sterke strategische positie op te bouwen. In tabel 3.10 werden de belangrijkste van deze strategische ontwikkelingen weergegeven. Dit heeft er onder andere toe geleid dat de apothekers relatief hoge eisen aan de groothandelaren gingen stellen, bijvoorbeeld ten aanzien van kortingen en service, hetgeen ook door de groothandelaren bevorderd werd door de onderlinge concurrentiestrijd waarbij getracht werd zoveel mogelijk apothekersomzet binnen te halen. Dus ook als een volume relatief klein was, poogde een groothandel deze omzet te behouden om een voet binnen de deur te houden, om mogelijk later de omvang van de bestellingen vanuit die bepaalde apotheek naar de groothandel toe uit te kunnen breiden. Daarnaast zorgden de apothekers ervoor in de meeste gevallen verschillende leveranciers te hebben, zoals ook blijkt uit tabel 3.16.

Tabel 3.16 De frequentie waarmee reguliere groothandelaren genoemd worden als leverancier door apothekers

Groothandel	Aantal malen genoemd	Relatieve frequentie (%)
OPG	67	90,5
Interpharm	35	47,3
Medicopharma	16	21,6
Brocacef	57	77,0
Barberot	9	12,2

Bron: Mantel e.a. 1987:239, op basis van een apothekersenquête (N=74).

Zoals te zien is in tabel 3.16 worden door 74 apothekers 184 min of meer regelmatige leveranciers genoemd, hetgeen neerkomt op gemiddeld 2,5 groothandelscontacten per apotheker. Overstapkosten spelen nauwelijks een rol, hetgeen ook blijkt uit het feit dat de groothandelaren in het verleden geprobeerd hebben om zoiets als kunstmatige overstapkosten te creëren, door middel van bonussen, extra kortingen, spaarsystemen en winstdeling, die de apotheker aan een bepaalde groothandel moesten binden. Deze determinant van onderhandelingsmacht werkte dus hier ook duidelijk in het voordeel van de afnemers i.c. apothekers.

Voor wat betreft de **informatie van de afnemers** zullen apothekers, gezien de geringe omvang van de Nederlandse markt en haar overzichtelijkheid, naar verwachting een redelijk goed beeld van de groothandelaren kunnen krijgen, zo ze dat zouden willen.

Een werkelijk **vermogen tot achterwaartse integratie** bestaat op het apothekersniveau niet. De discussie in paragraaf 3.3.1. met betrekking tot de entree-barrières voor het intreden in de markt van de reguliere groothandel maakt zonder meer

duidelijk dat (een groep van) apothekers niet eenvoudig een reguliere groothandel kan introduceren.

Er zijn apothekers, of althans een kleine groep apothekers, die zogenaamde rugzakgroothandelaren beginnen. Dit zijn geneesmiddelen-groothandelaren, in eigendom van één of meer apothekers (of familieleden daarvan), die produkten (veelal een beperkt assortiment van geneesmiddelen met een hoge omloopsnelheid) rechtstreeks bij een fabrikant of importeur halen en daarmee zelf de marge van de groothandel verdienen. Het is moeilijk om uitspraken te doen over de precieze omvang van het verschijnsel van de rugzakgroothandel. Schattingen variëren tussen de 5 à 10% van totale geneesmiddelenomzet. Zo komen Mantel e.a. bijvoorbeeld tot een percentage van maximaal 6,1% – een percentage dat bereikt wordt door groepen leveranciers bij elkaar op te tellen: overige groot-handelaren, collega-apothekers en overige leveranciers in een enquête onder apothekers [Mantel e.a. 1987:237]. Eerder hebben we de thuismarkt van de drie Nederlandse volgesorteerde groothandelaren (OPG, Brocacef en Interpharm) geschat op 80-90% (zie tabel 3.9). De rugzakgroothandelaren delen dus een marktaandeel van 10-20% met (andere) niet-volgesorteerde groothandelaren. Anno 1993 verwacht men dat de apothekers die zich met de rugzakgroothandel bezighouden, onder het GVS-regime, vooral in parallel-import geïnteresseerd zijn (zie FD 07.10.93). De schatting dat het marktaandeel van de rugzakgroothandelaren tussen de 5 à 10% van de totale geneesmiddelenomzet ligt, lijkt echter in 1993 ook nog zeer reëel gezien de bestaande marktverdeling.

Toch weegt het voorkomen van rugzakgroothandelaren niet zwaar in termen van deze determinant. Voor apothekers die rugzakgroothandelaren opzetten speelt namelijk niet zozeer de vergroting van hun onderhandelingsmacht met behulp van de dreiging met achterwaartse integratie een rol. Rugzakgroot-handelaren worden om veel opportunistischer reden opgezet: het opstrijken van extra geld i.c. de groothandelsmarge.

De apotheker heeft de mogelijkheid om de **substitutie van produkten** te bevorderen, bijvoorbeeld door zijn belangrijke rol in het FTO-overleg (Farmacotherapie-overleg) waar het gaat om geneesmiddelenvoorlichting aan de arts, de uiteindelijke beslisser over het voor te schrijven produkt. Daarnaast kan de apotheker een regulier-geïmporteerd (merk)geneesmiddel substitueren voor hetzelfde geneesmiddel, maar dan parallel-geïmporteerd. De groothandel kan met kortingen en bonussen proberen om invloed uit te oefenen op de geneigdheid van de apotheker om te substitueren.

Binnen de groep determinanten, die meer specifiek ten aanzien van de **prijsgevoeligheid van afnemers** werken, komen nog een zestal determinanten aan de orde. Gezien de structuur in de geneesmiddelensector, waarin de arts de beslisser is over het voor te schrijven produkt, zou men op voorhand niet verwachten dat de apotheker erg prijsgevoelig zal zijn. Hieronder zal duidelijk worden dat de apotheker inderdaad niet gevoelig is voor de prijs op zich, maar wel voor de financiële voordelen die een bepaalde prijsstelling en prijsverschillen hem opleveren, waarbij dan vooral gedacht moet worden aan de extra inkomsten die gegenereerd kunnen worden als gevolg van stimulanspremies voor het substi-

tueren met goedkopere produkten en de kortingen en bonussen die een apotheker van de groothandel kan krijgen.

Sprekend over de **verhouding prijs/totale aankopen** is het te verwachten dat de groothandel op allerlei manieren de omzet bij een bepaalde apotheker zal willen vergroten en zal dan ook bereid om daar wat tegenover te stellen. Groot-handelaren geven bijvoorbeeld kortingen, aandelen en obligaties uit, gekoppeld aan de omzet die een bepaalde apotheker bij hen heeft. De apotheker ziet dus ook een directe relatie tussen de prijs die hij moet betalen c.q. de voordelen die hij kan behalen en het volume van de totale aankopen c.q. de omzet die hij bij een bepaalde groothandel heeft. Dit systeem werkt, doordat het de apothekers aan de groothandel bindt, in het voordeel van de groothandelaren.

Differentiatie is — in de betekenis van deze determinant — gericht op de arts (en daarmee de consument) en niet zozeer op de apotheker. Bezien in de relatie tussen groothandelaar en apotheker poogt de volgesorteerde groothandelaar, zoals al eerder opgemerkt is, allerlei substituten — zoals reguliere- en parallel-import en generica — naast elkaar te verkopen. In termen van de prijsgevoeligheid van apothekers is dit element echter niet van belang.

De determinant **belang kwaliteit produkt/prijsgevoeligheid** is hier niet relevant. Voor de apotheker die het overgrote deel van de geneesmiddelen die hij verkoopt verpakt aangeleverd krijgt, speelt de idee van een mindere kwaliteit in relatie tot een lagere prijs — zoals bedoeld in deze determinant — geen rol.

Sprekend over de determinant **winstmarge afnemer**, is het allereerst van belang om vast te stellen dat de apotheker een vaste vergoeding per receptregel ontvangt. Wat hij daarboven verdient, is vooral afhankelijk van de kortingen, bonussen en andere extra's van de groothandel en de stimulans-premie voor goedkoper inkopen. Hoge prijzen voor merkgeneesmiddelen betekenen enerzijds de mogelijkheid voor het verdienen van stimulans-premies, wanneer de apotheker zorgt voor substitutie met goedkopere alternatieven. Anderzijds kunnen de kortingen en bonussen voor de aflevering van (dure) merkgeneesmiddelen ook weer zo interessant zijn, dat substitutie vanuit het idee om financieel voordeel te maximaliseren beter achterwege kan blijven. De hoogte van de winstmarge van de apotheker wordt (bovenop de vaste vergoedingen) dus niet zozeer direct door de prijs op zich, maar door een mix van het optimaliseren van prijsstellingen en daarbij behorende financiële voordelen bepaald. Ruim geïnterpreteerd is deze determinant van toepassing, in die zin dat de complexe financiële afweging van het optimaliseren van prijzen gekoppeld aan maximaal financieel voordeel voor een apotheker belangrijk is bij het bepalen van zijn totale verdiensten. De afwegingen worden door de apotheker als afnemer zelf gemaakt en deze determinant werkt dus ook in het voordeel van de apotheker.

Met betrekking tot de **stimulans voor beslissers** is het hier belangrijk op te merken dat de beslisser die uiteindelijk het geneesmiddel voorschrijft aan de consument de arts is, waarvan al vastgesteld is dat deze niet zeer prijsgevoelig is. De apotheker beslist niet over welk geneesmiddel gebruik gaat worden, waarbij de apotheker wel invloed op artsen kan hebben via bijvoorbeeld de FTO's en daar bijvoorbeeld generieke middelen kan promoten. Daarnaast staat het de apotheker vrij met parallel-import te substitueren. Apothekers worden gestimuleerd tot

bepaalde beslissingen via bijvoorbeeld de groothandelskortingen en stimulanspremies. De uiteindelijke keuze ligt echter bij de apotheker, zodat ook deze determinant in het voordeel van apothekers werkt.

Voor wat betreft de **mogelijkheid tot het beïnvloeden van de volgende schakel**, dient gezegd te worden dat de groothandel zeker poogt om de apotheker te stimuleren om juist de produkten van die groothandel af te nemen, zoals hiervoor al herhaalde malen geconstateerd is. Echter niet zozeer in het kader van de prijsgevoeligheid, waarbinnen deze determinant genoemd wordt. De apotheker kiest voor de consument niet welk produkt genomen wordt. Het recept wordt verstrekt door de voorschrijvende arts. Alleen met betrekking tot parallel-import heeft een apotheker de vrije keuze om deze in plaats van regulier-geïmporteerde geneesmiddelen af te leveren. Deze beïnvloeding is dan echter beperkt, zodat we deze determinant opnemen als werkend in het voordeel van apothekers, met de aantekening dat het vooral in het kader van parallel-geïmporteerde geneesmiddelen belangrijk is.

In verband met de behandeling in vorige paragrafen zijn de determinanten concentratie van afnemers versus aanbieders en overstapkosten van afnemers in verhouding met die van aanbieders niet behandeld. De relatieve concentratie werkt in het voordeel van groothandelaren, terwijl ook al eerder geconcludeerd is dat overstapkosten niet van belang zijn in het kader van de positie i.c. de onderhandelingsmacht van apothekers.

In figuur 3.23 zijn nogmaals de conclusies ten aanzien van de (determinanten van) onderhandelingsmacht (en prijsgevoeligheid) van de apotheker als afnemer samengevat, waarbij weergegeven is dat het aankoopvolume van de afnemer, informatie van afnemers en substitutiemogelijkheden in het voordeel van de apothekers werken en bijdragen aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie. Hoewel er al zijdelings over gesproken is, willen we hier extra nadruk leggen op de onderlinge uitwisselbaarheid voor de apotheker van de volgesorteerde groothandelaren, die elk eenzelfde assortiment voeren. Het belang daarvan is zo groot dat we dit punt apart in figuur 3.23 hebben opgenomen. De determinanten concentratie van afnemers versus aanbieders en (het ontbreken van) een vermogen tot achterwaartse integratie werken in het voordeel van de groothandelaren en dragen bij aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van apothekers.

Naar aanleiding van de determinanten die meer specifiek ten aanzien van de prijsgevoeligheid in de relatie tussen afnemer en aanbieder werken, blijkt dat prijsgevoeligheid een indirecte rol speelt in de relatie tussen groothandel en apotheker en vooral in combinatie met allerlei vormen van financieel voordeel van belang is. Deze conclusie is niet in strijd met de verwachtingen met betrekking tot de in de inleiding geschetste structuur van de geneesmiddelensector en geeft vooral meer diepgang aan de betekenis van de prijs van een geneesmiddel voor apothekers. Zoals hierboven geconcludeerd is en weergegeven in figuur 3.23 werken de determinanten winstmarge afnemer, de stimulans voor beslissers en de mogelijkheid tot het beïnvloeden van de volgende schakel (met betrekking tot

parallel-import) in het voordeel van apothekers, hetgeen bijdraagt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie, terwijl groothandelaren profiteren van de verhouding tussen prijs (financieel voordeel) en totale aankopen (omzet), hetgeen bijdraagt aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van apothekers. De andere determinanten van de prijsgevoeligheid van afnemers werken noch in het voordeel van apothekers, noch in het voordeel van groothandelaren.

Figuur 3.23 *Onderhandelingsmacht van apothekers als afnemers in vergelijking met groothandelaren als aanbieders*

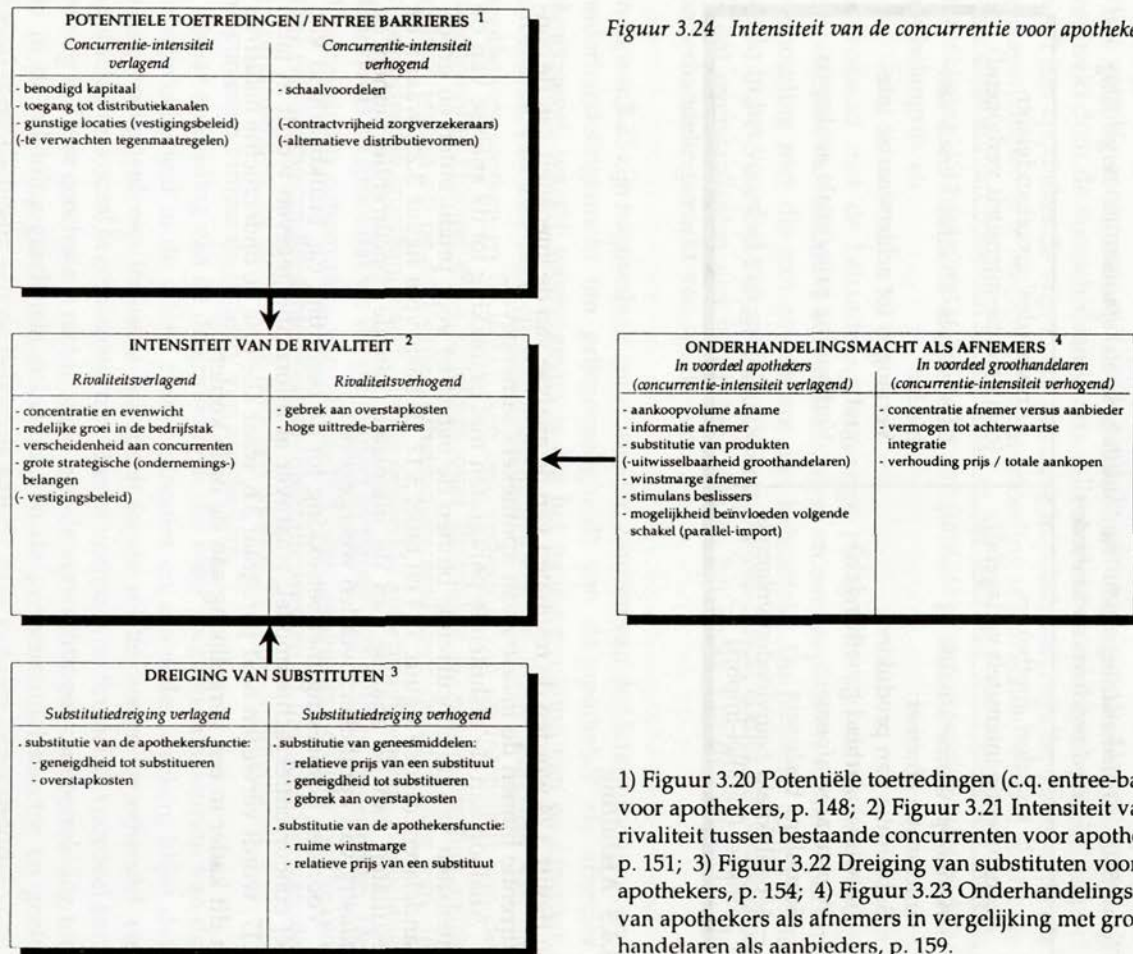
In voordeel apothekers (concurrentie-intensiteit verlagend)	In voordeel groothandelaren (concurrentie-intensiteit verhogend)
<ul style="list-style-type: none"> – Aankoopvolume afname – Informatie afnemer – Substitutie van producten (uitwisselbaarheid groothandels) – Winstmarge afnemer – Stimulans beslissers – Mogelijkheid beïnvloeden volgende schakel (parallel-import) 	<ul style="list-style-type: none"> – Concentratie afnemer versus aanbieder – Vermogen tot achterwaartse integratie – Verhouding prijs/totale aankopen

3.4.5 Afsluiting

In figuur 3.24 worden de resultaten van de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van apothekers samengevat.

Analoog aan de afsluitende paragrafen met betrekking tot de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industries* voor producenten en groothandelaren, dienen figuur 3.24 en tabel 3.17 als basis voor figuur 3.25, waarin de resultaten van de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van apothekers worden weergegeven.

Voor een bespreking met betrekking tot de benutting c.q. bruikbaarheid van het concurrentiekrachtenmodel, waarover al informatie gegeven wordt in tabel 3.17, wordt verwezen naar paragraaf 3.6, waar alle drie de onderzochte *industries* in dit kader in een vergelijking aan de orde komen.



De intensiteit van de concurrentie voor apothekers

In tabel 3.17 blijkt dat in het kader van de concurrentiekracht van de potentiële toetredingen 75% van de gebruikte determinanten als entree-barrière werkt. Daarbij werkt de determinant van de schaalvoordelen (de overige 25%) vooral in het voordeel van nieuwe intreders en deze lijkt ook in de toekomst ten volle te worden benut. In de nu ontwikkelde alternatieven voor de functie van de bestaande openbare apotheker speelt het behalen van schaalvoordelen een belangrijke rol. De constatering dat er nu hoge entree-barrières zijn binnen de *industry* van apothekers, waarmee een bijdrage geleverd wordt aan verlaging van de intensiteit van de concurrentie (con -), moet dan ook gezien worden in het licht van een onzekerder toekomst, waarin elementen als de contracteervrijheid van zorgverzekeraars en alternatieve distributievormen een belangrijke rol kunnen gaan spelen.

Tabel 3.17 *Intensiteit van de concurrentie voor apothekers, tellingen en percentages*

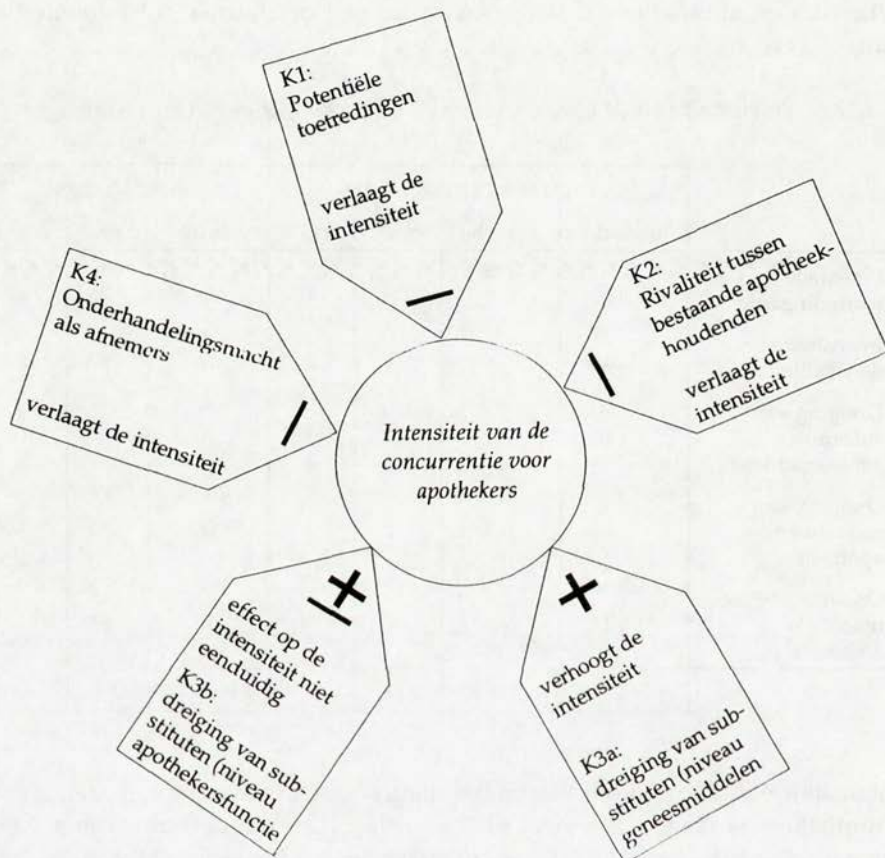
	AANTALLEN DETERMINANTEN				PERCENTAGES		
	in model	gebruikt	con -	con +	gebruikt	con -	con +
K1 Potentiële toetredingen	12	4	3	1	34	75	25
K2 Intensiteit van de rivaliteit	10	6	4	2	60	67	33
K3a Dreiging van substituten: geneesmiddelen	4	3	0	3	75	0	100
K3b Dreiging van substituten: apotheker	4	4	2	2	100	50	50
K4 Onderhandelingsmacht als afnemers	12	9	6	3	75	67	33
	42	26	15	11			

De intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de *industry* van apothekers is laag te noemen, 67% van de gebruikte determinanten werkt rivaliteitsverlagend, terwijl 33% rivaliteitsverhogend werkt. Met name het spreidingsbeleid voor apotheken zorgt ervoor dat apotheken niet teveel in elkaars vaarwater komen. Deze situatie kan veranderen als de huidige structuur – van apotheken die vooral als kopieën van elkaar te beschouwen zijn – aangepast wordt. Nieuwe initiatieven als de postorderfarmacie kunnen op termijn de aard en de intensiteit van de (onderlinge) concurrentie binnen de *industry* van apotheekhoudenden ingrijpend wijzigen. In de huidige situatie draagt de concurrentiekracht van de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten bij

een aan verlaging van de intensiteit van de concurrentie (con -) binnen de *industry* van apothekers.

De dreiging van substituten op het niveau van geneesmiddelen kan als hoog aangemerkt worden: 100% van de gebruikte determinanten werkt substitutiedreiging verhogend. Geconcludeerd wordt dat de concurrentiekracht van de dreiging van substituten bijdraagt aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie (con +) binnen de *industry* van apothekers. Door de keuzemogelijkheden c.q. de ruimte om te substitueren die de apotheker heeft, werkt dit vooral in zijn voordeel.

Figuur 3.25 Model voor de intensiteit van de concurrentie voor apothekers



De dreiging van substituten op het niveau van de apothekersfunctie is minder eenduidig te bepalen. De helft van de gebruikte determinanten werkt substitutiedreiging verhogend, de andere helft substitutiedreiging verlagend, waarmee de dreiging van substituten ten aanzien van de apothekersfunctie geen eenduidig effect heeft op de intensiteit van de concurrentie (con +/-) binnen de *industry* van apothekers.

Ten aanzien van de onderhandelingsmacht van de apotheker als afnemer ten opzichte van de groothandel als aanbieder werkt 67% van de determinanten in het voordeel van apothekers, hetgeen concurrentie-intensiteit verlagend werkt. 33% van de gebruikte determinanten werkt in het voordeel van de groothandelaren en daarmee concurrentie-intensiteit verhogend. Ook hier speelt de keuzevrijheid van de apotheker een belangrijke rol, alsook de aard van de (service- en marge-)concurrentie tussen groothandelaren. Geconcludeerd wordt dat de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van apothekers als afnemers in relatie tot groothandelaren als aanbieders bijdraagt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie (con -) binnen de *industry* van apothekers.

De resultaten van de analyse van de intensiteit van de concurrentie voor apothekers zijn samengevat in figuur 3.25.

3.5 ARTSEN, CONSUMENTEN, ZORGVERZEKERAARS EN DE OVERHEID

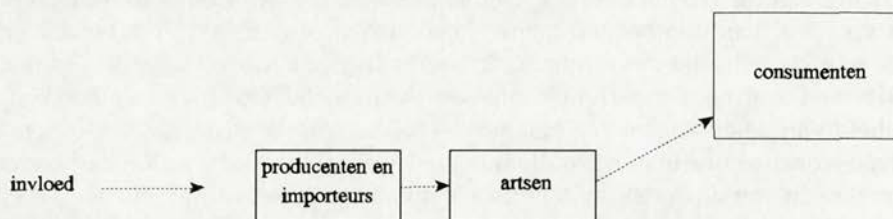
In deze paragraaf komen nog een aantal actoren aan de orde, te weten artsen, consumenten, zorgverzekeraars en de overheid. Hierbij wordt, zoals in hoofdstuk 1 al toegelicht is, geen gebruik gemaakt van het model van concurrentiekrachten. Wel zullen ook voor deze actoren steeds de relevante delen van het in de inleiding geschetste model gebruikt worden. In hoofdstuk 1 is ook toegelicht dat in deze analyse, voor wat betreft de strategie in de geneesmiddelensector waarover het volgende hoofdstuk gaat, vooral gekeken wordt naar de belangengroeperingen van producenten en importeurs van geneesmiddelen in Nederland. In hoofdstuk 4 komen deze groeperingen dan ook uitgebreid aan de orde. Daarbij spelen de belangengroeperingen van andere actoren ook een rol, zij het minder op de voorgrond. In hoofdstuk 4 zullen de belangengroeperingen van de actoren die in deze paragraaf aan de orde komen ook nog kort behandeld worden (zie paragraaf 4.2.3).

3.5.1 Artsen

Zoals te zien is in figuur 3.26 wordt de arts door de producent benaderd om zijn geneesmiddelen voor te schrijven aan de consument. De arts staat daarbij niet in contact met de betaling of de goederenstroom. De arts stelt voor de consument vast welk produkt deze zal gaan gebruiken.

Met een focus op extramurale recept-geneesmiddelen valt onmiddellijk de centrale positie van de huisarts op. Een (huis)arts heeft een scala van mogelijkheden om patiënten te behandelen, zoals het doen van nader onderzoek, het voeren van gesprekken, het verrichten van (kleinere) ingrepen, het verwijzen naar andere vormen van gezondheidszorg (van specialist tot maatschappelijk werker) en vooral ook het voorschrijven van geneesmiddelen.

Figuur 3.26 Het relatieschema voor artsen



In een internationale vergelijking blijkt dat de Nederlandse artsen relatief terughoudend zijn bij het voorschrijven van medicijnen, zoals te zien is in tabel 3.18.

Tabel 3.18 *Percentage diagnoses van huisartsen/specialisten waarbij medicijnen werden voorgeschreven (1990)*

Nederland	56
Verenigde Staten	65
Verenigd Koninkrijk	74
Spanje	79
Frankrijk	79
België	92
Italië	95

Bron: Farma Feiten 1992, I.M.S. Den Haag.

Duidelijk is in ieder geval dat de (huis)arts een grote invloed heeft op de kosten van de gezondheidszorg, zowel in de eerste als in de tweede lijn, door de taak om een keuze tussen alternatieven te maken, waaraan ook verschillende prijskaartjes hangen. Als de centrale positie van de huisarts in verband wordt gebracht met belangrijke karakteristieken van recept-geneesmiddelen, presenteren een aantal problemen zich als vanzelf.

Zoals in paragraaf 3.1.2 al gezegd is toen een aantal karakteristieken van recept-geneesmiddelen genoemd zijn, is de arts de beslisser ten aanzien van hoeveelheid en merk en niet de gebruiker. Hoewel dit een volstrekt logische situatie is, immers de keuze voor een bepaald geneesmiddel is afhankelijk van een diagnose die meestal niet zomaar door een leek gesteld kan worden en de gemiddelde gebruiker zal ook relatief weinig farmacologische kennis hebben, betekent dit dat de door de industrie middels vertegenwoordigers (artsen-bezoekers) intensief bewerkte arts, geen link vormt in de goederen- of betalingsstroom van geneesmiddelen en daarom ook vooral let op elementen als de effectiviteit en mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen, terwijl de kostprijs in principe voor hem geen belangrijk keuze-element hoeft te zijn.

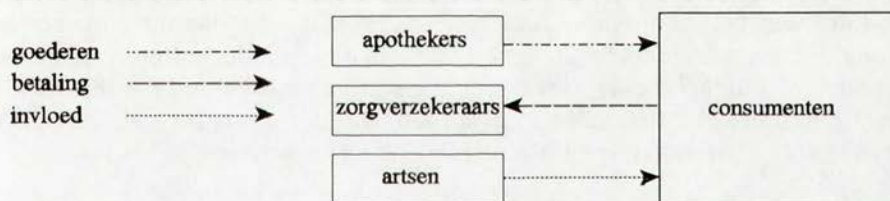
Naast de artsen zijn ook de consumenten van geneesmiddelen vaak zeer trouw aan bepaalde merken, vooral ook in die gevallen waar het om een chronisch gebruik gaat, zoals bij diabetici, reumapatiënten e.d. Zelfs als de arts eventueel tot een ander middel wil overgaan, zal hij in veel gevallen een onwillige consument tegenover zich kunnen vinden. Door voorlichting aan en sponsoring van patiëntenverenigingen spelen producenten van geneesmiddelen ook in op de merkentrouw van consumenten.

Hoewel duidelijk gesteld is dat we ons hier beperken tot extra-muraal voorgeschreven geneesmiddelen, moeten op deze plaats toch een paar woorden aan de medisch specialisten gewijd worden. Deze specialisten schrijven zelf intramuraal voor, hetgeen buiten het kader van deze studie valt. Toch heeft hun voorschrijfgedrag wel degelijk invloed op het gebruik van geneesmiddelen buiten het ziekenhuis. Huisartsen zullen vaak de voorschriften van een specialist blijven volgen als een patiënt onder behandeling geweest is – klinisch danwel poliklinisch – in een ziekenhuis.

3.5.2 Consumenten

Zoals te zien is in figuur 3.27 heeft de gebruiker van medicijnen voor wat betreft aankoopbeslissing, de levering en de betaling van geneesmiddelen met drie verschillende wegen te maken. De arts schrijft het geneesmiddel voor, dat door de apotheek geleverd wordt en de consument zal in de meeste gevallen betalen via een premie aan de zorgverzekeraar. Waarbij particulier verzekerden vaak zelf de apotheek dienen te betalen en achteraf kunnen declareren bij hun zorgverzekeraar, terwijl de ziekenfondsen de apotheker direct betalen.

Figuur 3.27 Het relatieschema voor consumenten



Hier worden de begrippen consumenten en patiënten door elkaar gebruikt en worden daarmee gebruikers van de zorgsector i.c. gebruikers en verzekerden met betrekking tot extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen bedoeld.

Een consument heeft, zoals ook uit figuur 3.27 blijkt, geen invloed op de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Innovatie wordt bij de geneesmiddelenproducenten gedreven door een winstverwachting en er kan gesproken worden van een sterke aanbodzijde, zoals geconcludeerd is in paragraaf 3.2 die handelde over de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen en

paragraaf 3.3 over de intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen. Tussen aanbod (producent en groothandel) en de vraag van de consument zitten dan nog drie schakels: artsen, apothekers en verzekeraars met elk een eigen relatie met de consument, waarbij elk van deze relaties getypeerd wordt door de relatieve onmacht van de consument om zelf te beslissen ten aanzien van het gebruik van geneesmiddelen, zowel met betrekking tot de aankoop, de levering als de betaling.

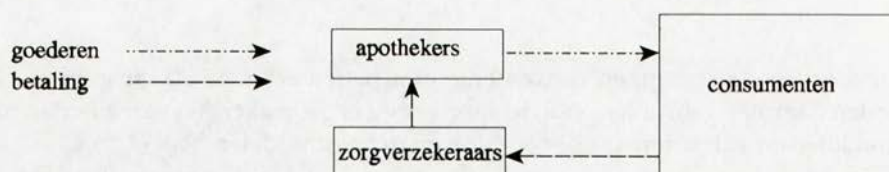
Het verbeteren van de positie van de consument is al lang een belangrijk aandachtspunt, voor zowel de consumenten(organisaties) als de overheid. Een voorbeeld van een markt waar deze positie, althans ten aanzien van het samengaan van de keuze voor het produkt, de produktvergelijking en de betaling, aan de consument overgelaten wordt is de zelfzorgmarkt. Het overgrote deel van de recept-geneesmiddelen kan echter niet op deze manier aangeboden worden, omdat zij niet aan de criteria voor recept-vrije geneesmiddelen voldoet, te weten: het ontbreken van ernstige bijwerkingen en gevaarlijke interactieverschijnselen en het ontbreken van ernstige toxische effecten bij twee- tot drievoudige overschrijding van de aanbevolen dosering.

Voor de belangen van de consumenten van geneesmiddelen komen onder andere de algemene consumentenorganisaties op, zoals de Consumentenbond en Konsumenten Kontakt. Een belangrijke ontwikkeling ten aanzien van de verbetering van de positie van de consument van geneesmiddelen is de snelle opkomst van patiëntenverenigingen, waarover in paragraaf 4.2.3 nog verder gesproken wordt.

3.5.3 Zorgverzekeraars

De figuur voor de zorgverzekeraars hieronder laat zien dat deze groep voornamelijk relaties heeft met apothekers en consumenten van geneesmiddelen. Consumenten betalen premies aan zorgverzekeraars die daaruit zorg betalen, waaronder geneesmiddelen. Zorgverzekeraars betalen de kosten van geneesmiddelen aan de apotheker, direct in het geval van ziekenfondsverzekerden en meestal indirect bij particulier verzekerden, die de apotheker zelf betalen en achteraf kunnen declareren bij hun verzekeringsmaatschappij.

Figuur 3.28 Het relatieschema voor zorgverzekeraars



Met de invoering van meer vrijheden voor zorgverzekeraars hoopt de overheid dat een grotere concurrentie de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg zal afremmen. Een voorbeeld hiervan is de contracteervrijheid van zorgverzekeraars met apotheken, waarbij zorgverzekeraars niet meer verplicht zijn om met elke arts of apotheek samen te werken. Zorgaanbieders als artsen en apothekers worden dan ook als elkaars concurrenten gezien en de redenering is dat meer concurrentie zal leiden tot een daling van de gemiddelde tarieven.

Door de vele voorschriften in de gezondheidszorg — zoals bijvoorbeeld de regel dat er geleverd moet worden wat de arts op het recept schrijft en er niet zomaar gesubstitueerd mag worden, zelfs niet met een exacte kopie van het produkt — is de mogelijkheid tot substitutie nu zeker niet optimaal. Met een versoepeling van de regelgeving en 'meer vrije markt', zou wat de verzekeraars 'zorg op maat' noemen ook voor de overheid moeten leiden tot een betere en goedkopere zorg. Substitutie kan echter in het kader van beoogde besparingen bepaalde contra-effecten hebben. Zo bleek bij het ziekenfonds Salland Gezondheidszorgverzekeringen dat de dagbehandeling in verpleegtehuizen, met het oogmerk om opnames te voorkomen, op de langere termijn drempelverlagend voor opname in een verpleegtehuis werken. Hoewel dit vanuit consumenten oogpunt een vooruitgang is, werkte dit niet kostenbesparend [NRC 11.02.93]. Duidelijk is ook een verband te vinden tussen de aanwezigheid van voorzieningen in een regio en het gebruik ervan. Een regio met meer ziekenhuizen heeft gemiddeld meer opnames dan een regio met minder ziekenhuizen. Consumenten zien er tegenop naar een ziekenhuis te gaan als dat verder weg is en huisartsen verwijzen sneller als de voorzieningen in de buurt zijn. Een laatste voorbeeld van het oplopen van de zorgconsumptie bij deregulering komt van het ziekenfonds Haaglanden waar, nadat het niet langer verplicht was voor het trekken van verstandskiezen een machtiging aan te vragen, het aantal getrokken verstandskiezen verdrievoudigde [NRC 11.02.93].

Dat patiënten zich laten beïnvloeden door de financiële gevolgen van hun keuzes bleek toen geneesmiddelen in de AWBZ werden ondergebracht. Sindsdien krijgen ook particulier verzekerden de geneesmiddelen volledig vergoed. Daarvoor werden deze soms deels vergoed, of bleven bijvoorbeeld de uitgaven op jaarbasis zo klein dat men binnen het eigen risico bleef. Verder waren ook particulier verzekerden soms niet verzekerd tegen de kosten van geneesmiddelen. Na de opname in de AWBZ constateerden de verzekeraars een toename van het gebruik van 20% [NRC 11.02.93].

De wijzigingen in de verhoudingen op wat steeds meer een markt voor zorgverzekeraars genoemd kan worden, hebben sterke concentratietendensen tussen verzekeraars — ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars — tot gevolg. De meeste ziekenfondsen maken nu deel uit van een cluster met een of meer particuliere verzekeraars en/of meerdere ziekenfondsen. Van de ruim 100 zorgverzekeraars die Nederland tot voor kort had, zullen er naar verwachting — door fusies en strategische allianties — straks ongeveer 15 over zijn, voor een markt met een omzet van ruim 45 miljard gulden per jaar.

Een belangrijke reden voor het fuseren van maatschappijen hangt samen met het behalen van een bepaalde schaal om de gewenste kwaliteit te kunnen contracteren tegen een acceptabele prijs en om het risico te spreiden. Een klein deel van de verzekerden bij een maatschappij genereert het overgrote deel van kosten, die over zoveel mogelijk mensen verspreid beter te dragen zijn. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door het ziekenfonds Salland, waar 5% van de verzekerden 78% van de kosten uitmaken. Selectie is dan ook uit den boze, want hoewel een afname van deze 5%-groep veel winst voor de verzekeraar zou betekenen, zou een toename van 5 naar 7,5% de maatschappij failliet doen gaan [NRC 22.01.93].

Bij het samengaan van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars speelt ook een uitwisseling van kennis en contacten een rol. Waar de laatstgenoemde groep meer kennis heeft over bijvoorbeeld acquisitie en marketing hebben ziekenfondsen intensieve contacten in de regio's. Particuliere verzekeraars betaalden daarvoor alleen maar rekeningen en berekenden risico's, terwijl ziekenfondsen vroeger hun tekorten van de overheid aangevuld kregen. Sinds 1 januari 1992 hebben de ziekenfondsen ook geen vast werkgebied meer, waarbij iedereen woonachtig in dat gebied met een inkomen onder de ziekenfondsgrens automatisch bij hen verzekerd is. Elk ziekenfonds heeft nu het hele land als werkgebied. Daarnaast vullen de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars elkaar aan, in die zin dat de één veel verzekerden heeft en de ander relatief veel vermogen. Ziekenfondsen hebben nauwelijks vermogen en daarmee geen reserves voor het opvangen van tekorten, terwijl ze wel zelf voor een deel van de verstrekkingen risico dragen. De ziekenfondsverzekerden zijn daarnaast voor de particuliere maatschappijen een potentiële markt voor de afzet van andere verzekeringen zoals bijvoorbeeld WA- en inboedelverzekeringen.

Tot slot dienen dan vooral nog de collectieve contracten genoemd te worden. Ruim 35% van alle particulier verzekerden is verzekerd via een collectief contract, dat afgesloten is door de werkgever en deze markt groeit. Zeker ook vanwege de voorgenomen opheffing van het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, waardoor beide categorieën in de toekomst onder hetzelfde contract kunnen vallen. De overheid wil meer verantwoordelijkheid en kosten laten dragen door werkgevers en werknemers en is daarmee een voorstander van collectieve contracten [NRC 22.01.93].

3.5.4 Overheid

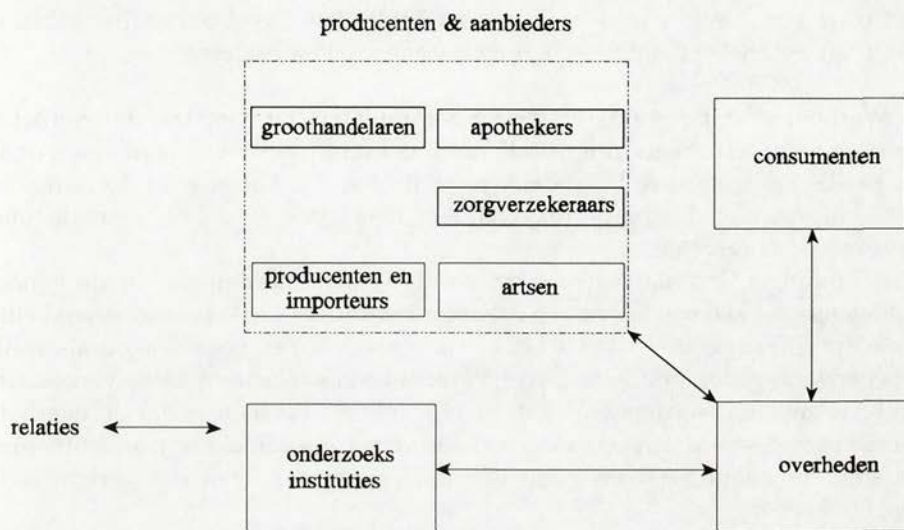
Zoals uit figuur 3.29 blijkt heeft de overheid verbindingen met alle groepen deelnemers in de geneesmiddelensector, hetgeen past bij de specifieke rol en verantwoordelijkheid die de overheid voor de gezondheidszorg in Nederland draagt en ook wil dragen, zoals hierna zal blijken wanneer gesproken wordt over criteria, aandachtsgebieden en instrumenten van overheidsbeleid.

Een centraal probleem voor de overheid is de vraag welke criteria aan geneesmiddelenbeleid gesteld moeten worden. Deze criteria zijn daarbij in te delen in een tweetal (hoofd)groepen: zorginhoudelijke- en economische criteria, die sterk

verweven zijn en vaak ook tegenstrijdig. Het nastreven van hoge kwaliteit blijkt vaak strijdig te zijn met het beheersen of terugdringen van de kosten van de farmaceutische zorg.

Aan het overheidsbeleid zijn een aantal aandachtsgebieden te onderscheiden: ten aanzien van innovaties, substitutie, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg.

Figuur 3.29 Het relatieschema voor de overheid



Innovaties, onderzoek en/of ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe toepassingen, zijn uiterst belangrijk in het kader van overheidsbeleid. De overheid stimuleert onderzoek bijvoorbeeld door de financiering van academische ziekenhuizen. Problematisch in het kader van overheidsbeleid zijn niet de werkelijke innovaties, voor veel ziekten bestaan nog geen farmacologische therapieën en geneesmiddelen zijn een relatief goedkope vorm van behandeling in vergelijking met behandelingen die ziekenhuisopname vereisen. Het bestaan van semi-innovaties – relatief onbelangrijke verbeteringen aan een produkt die voornamelijk prijsopdrijvend werken – vormt wel een probleem in relatie tot de doelstellingen met betrekking tot kostenbeheersing.

Substitutie als doelstelling van overheidsbeleid betekent het vervangen van zwaardere vormen van zorg door lichtere, zoals bijvoorbeeld geneesmiddelengebruik in plaats van ziekenhuisopname. Binnen het substitutiebeleid spelen geneesmiddelen als een zeer lichte (relatief goedkope) vorm van zorg een belangrijke rol wanneer het om mogelijkheden tot besparingen gaat. Anderzijds kan dit weer haaks staan op beleid dat gericht is op het terugdringen van geneesmiddelengebruik.

De toegankelijkheid van geneesmiddelen is bijvoorbeeld te vergroten door de overheveling van U.R. en U.A.-middelen (Uitsluitend Recept en Uitsluitend Apotheek) naar de vrije verkoop. Elke drogist zou dan in principe (meer) geneesmiddelen kunnen verkopen. Dit zou ook de zelfmedicatie en de marktwerking stimuleren. Een belangrijk nadeel is dan weer het minder in de hand te houden beleid gericht op de beperking van het geneesmiddelengebruik en de uitschakeling van deskundige(r) schakels als arts en apotheker.

De handhaving en zo mogelijk verbetering van de kwaliteit is een belangrijk criterium voor het overheidsbeleid ten aanzien van volksgezondheid. In Nederland is op het terrein van de volksgezondheid relatief veel particulier initiatief. Artsen en apothekers zijn vrije beroepsbeoefenaren en ondernemers.

De overheid streeft er sinds het begin van de jaren '80 naar om de overheidsuitgaven beter te beheersen teneinde het financieringstekort te verkleinen en de marginale- en collectieve lastendruk te verlichten. De kosten van de farmaceutische hulp vormen daarbij slechts een (klein) deel – ongeveer 10% – van de totale kosten in de zorgsector.

Inspanningen ten aanzien van zaken als kostenombuigingen in de geneesmiddelensector zijn niet alleen van belang in het kader van de kostenontwikkeling in die specifieke sector, maar hebben ook consequenties voor vragen als welke (groepen van) geneesmiddelen bij een verplichte danwel aanvullende verzekering gerekend moeten worden. Ook zal dit bijvoorbeeld betekenen dat de overheid, wanneer geneesmiddelen overwegend in de verplichte verzekering terechtkomen, een sterkere neiging zal vertonen om een beleid te voeren dat gericht is op kostenbeheersing.

→ Een centraal probleem voor de overheid ten aanzien van de geneesmiddelensector ligt, zoals al gezegd is, in de strijdigheid tussen zorginhoudelijke en economische criteria. Nieuwe geneesmiddelen kunnen de volksgezondheid bevorderen en de ontwikkeling daarvan kan met bijvoorbeeld verlenging van de octrooiduur gestimuleerd worden. Dat kan de marktwerking dan weer belemmeren en leiden tot een hogere prijs van geneesmiddelen en stijging van de collectieve lastendruk.

De afweging tussen het bereiken van een grotere effectiviteit en efficiëntie en het voorkomen van een aantasting van de kwaliteit van de zorg zal door de overheid steeds gemaakt moeten worden. Als gevolg van onder andere de geschetste tegenstelling kan overheidsbeleid positieve-, negatieve- en contra-effecten hebben. Daarbij komt dan dat er ook weerstanden tegen overheidsbeleid zijn. Zo is er sprake van een belangen-parallellie op twee niveaus bij ondernemingen. Ten eerste hebben veel farmaceutische ondernemingen financiële belangen bij elkaar en ten tweede streven zij gezamenlijk doelstellingen na (zoals een zo groot mogelijk winstmarge) die strijdig kunnen zijn met (onderdelen van) overheidsbeleid (zoals kostenbeheersing).

Belangrijk is het ook om hier op te merken dat zoiets als 'de overheid' niet bestaat, binnen dit kader bestaan bijvoorbeeld ook weer verschillen tussen (delen van) het bestuursapparaat en (facties in) het parlement.

Overheidsbeleid in de praktijk

Overheidsbeleid ten aanzien van de geneesmiddelensector zijn in te delen in twee belangrijke groepen: ten eerste beleid dat kostenbeheersingen beoogt en, ten tweede, beleid dat concurrentiebevordering nastreeft. De overheid heeft daarvoor een aantal opties, waarvoor bij sommige opties bestaande beleidsinstrumenten gebruikt kunnen worden. Een aantal belangrijke opties zijn:

1. Toepassing van de WTG, bijvoorbeeld in het kader van het instellen van een maximumprijs.
2. Toepassing van Nederlandse of Europese mededingingswetgeving, hetgeen overigens geen krachtig instrument gebleken is in het verleden en ook op problemen stuit in Europees verband.
3. Gebruikmaking van financiële machtsbronnen, zoals bijvoorbeeld andere financieringssystemen, zoals de AWBZ in het kader van het Plan Simons.
4. Beperkingen in het verstrekkingenpakket, zoals bijvoorbeeld het samenstellen van positieve en negatieve lijsten.
5. Aanpassingen in het vergoedingensysteem, zoals bijvoorbeeld maatregelen gericht op verhoging van de kostenbewustheid van de consument door deze meer en/of directer voor geneesmiddelen te laten betalen. Het GVS is in dit verband een goed voorbeeld.
6. Toepassing van het profijtbeginsel, wat op gespannen voet staat met het solidariteitsbeginsel. Hierbij kan men dan bijvoorbeeld aan (de hoogte van) eigen-bijdragen voor zorg denken.
7. Budgettering van bijvoorbeeld artsen, om hen te dwingen tot goedkoper voorschrijven.
8. Informatieverstrekking, zoals bijvoorbeeld aan artsen met voorlichting over generica.
9. Bevordering van substitutie.

Op verschillende plaatsen in dit hoofdstuk is al gesproken over belangrijke instrumenten die gebruikt zijn in het kader van het overheidsbeleid in de geneesmiddelensector in de afgelopen tien jaar, waarbij een onderscheid gemaakt is tussen instrumenten ten behoeve van prijsbeleid en instrumenten ten behoeve van volumebeleid. De basis hiervoor is het al genoemde rapport Kostenbeheersing Geneesmiddelen van de Algemene Rekenkamer waarin totaal een tiental instrumenten die sinds 1982 gebruikt zijn geëvalueerd worden.

In 1992 evalueerde de Algemene Rekenkamer in een rapport (Kostenbeheersing Geneesmiddelen) tien instrumenten ten behoeve van het geneesmiddelenbeleid die sinds 1982 gebruikt zijn. De Rekenkamer maakte hierbij een onderscheiding tussen instrumenten ten behoeve van het beheersen van prijzen en instrumenten ten behoeve van het beheersen van volumes.

- Prijzenbeschikkingen; Van 1965 tot en met 1983 gold een door het ministerie van Economische Zaken afgekondigde Prijzenbeschikking goederen en diensten (PGD). Dit instrument, dat niet specifiek op geneesmiddelen gericht was, was

bedoeld om inflatie te beheersen en gold niet voor geïmporteerde geneesmiddelen. De in juni 1982 afgekondigde Prijzenbeschikking Registratiegeneesmiddelen (PRG) werd in november 1983 door het Europese Hof van Justitie in strijd geacht met EG-recht. Sinds 1983 zijn geen instrumenten meer ingezet die direct prijzen van geneesmiddelen pogen aan te pakken [Algemene Rekenkamer 1992:10].

- Negatieve lijsten; De negatieve lijsten waren bijlagen bij het Besluit farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering en bevatten onder andere geneesmiddelen die vanwege de prijs waren uitgesloten (Bijlage 1) en geneesmiddelen die vanwege twijfel over de farmacotherapeutische werking werden uitgesloten (Bijlage 4). Het instrument van negatieve lijsten werd sinds 1 oktober 1982 gehanteerd. In 1991 zijn de lijsten opnieuw ingedeeld en bleek ook de functie van de lijsten te veranderen, in die zin dat in toenemende mate in de bijlagen voorwaarden gesteld worden aan het verstrekken van bijvoorbeeld bepaalde geneesmiddelen [Algemene Rekenkamer 1992:17].
- Eigen-bijdrage-maatregel; Op 1 februari 1983 werd de Eigen-bijdrage-maatregel ingevoerd, waarbij ziekenfondsverzekerden voortaan Fl. 2,50 per voorschrift moesten bijbetalen, tot een maximum van Fl. 125,- per jaar. De maatregel was bedoeld om het collectieve aandeel in de gezondheidszorg te beperken en de besparing werd bij de invoering geraamd op 175 miljoen gulden per jaar. In een evaluatie bleek de maatregel weliswaar het aantal voorschriften te doen dalen, maar de hoeveelheid geneesmiddelen per recept steeg als gevolg van een veranderd voorschrijfgedrag van artsen die hun patiënten tegemoet wilden komen. Vanaf 1 januari 1990 is de Eigen-bijdrage-maatregel vervallen [Algemene Rekenkamer 1992:18].
- Herziening tariefstructuur apotheekhoudenden; Op 1 januari 1988 werd de tariefstructuur voor apotheekhoudenden ingrijpend veranderd met het oogmerk de belangenparallellie tussen apotheekhoudenden, groothandelaren en industrie, gericht op een beloning die samenhangt met de hoogte van de prijs van een geneesmiddel of handelsvoordelen (kortingen en bonussen) te doorbreken. In de herziene tariefstructuur werd één vaste vergoeding per voorschrift gehanteerd (het zogenaamde tarief), een stimulanspremie ingevoerd voor het afleveren van goedkopere geneesmiddelen en de werkelijke inkoop-prijs werd de verplichte basis voor declaraties [Algemene Rekenkamer 1992:11].
- Wettelijke prescriptieregeling; Al vanaf het begin van de jaren tachtig pleit het ministerie van WVC voor de totstandkoming van afspraken over de beperking van de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen i.c. een prescriptie-overeenkomst. Op 1 januari 1981 tekenden de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ) en de apothekersvereniging KNMP een overeenkomst, lopend tot 1 januari 1983, waarin onder meer vastgelegd werd dat per voorschrift voor maximaal één maand mocht worden voorgeschreven. Hierna kwam men, ondanks aandringen van het ministerie van WVC, niet tot nieuwe afspraken. Het ministerie van WVC besloot toen per 1 september 1988 een wettelijke regeling in te voeren die het recht op vergoeding van geneesmiddelen per voorschrift beperkte tot respectievelijk maximaal 90 en 30

dagen voor chronische en niet-chronische ziekten. Deze regeling gold alleen voor ziekenfondsverzekerden, maar met de overheveling van geneesmiddelen naar de AWBZ vallen sinds 1 januari 1992 ook particulier verzekerden onder deze regeling. Per 1 maart 1991 volgde een aanscherping van deze regeling. Nieuw voorgeschreven geneesmiddelen mochten voortaan niet langer dan 15 dagen vergoed worden. Door de invoering en vooral de aanscherping van de regeling steeg het aantal voorschriften. De effecten op kwaliteit en kosten van de geneesmiddelenvoorziening zijn nog onbekend [Algemene Rekenkamer 1992:19].

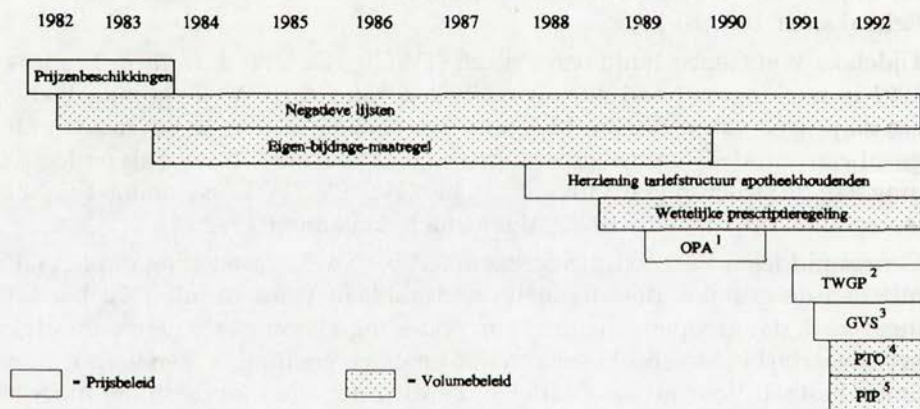
- **Omni-Partijen Akkoord (OPA);** Het OPA is dan wel geen overheidsbeleid, maar als een gedogen van zelfregulering wel een instrument in het kader van prijsbeleid (zie ook Algemene Rekenkamer 1992). In 1988 werd door het ministerie van WVC de invoering van een ijkprijsensysteem overwogen. In een reactie daarop sloten tien partijen – organisaties vanuit de industrie, groothandel, apothekers, artsen en verzekeraars – een akkoord waarin zij overeenkwamen vrijwillig tot prijsbeheersing te komen. Hoewel het OPA op zich niet te zien is als overheidsmaatregel, is het gedogen van deze vorm van zelfregulering wel te zien als overheidsbeleid. Het OPA hield onder andere in dat de prijzen van specialité's met gemiddeld 6% zouden dalen en de groothandel 1% op haar marge zou inleveren. Zowel de Tweede Kamer als het ministerie van WVC boden deze zelfregulering ruimte en op 1 april 1989 ging het OPA in werking. In maart 1990 werd geconstateerd dat het OPA onvoldoende bespaard had en het ministerie van WVC zag hierin aanleiding om het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS), ondersteund door de Tijdelijke Wet Geneesmiddelen Prijzen (TWGP), in te voeren [Algemene Rekenkamer 1992:10-11].
- **Tijdelijke Wet Geneesmiddelen Prijzen (TWGP);** De TWGP trad op 1 februari 1991 in werking en bood de bewindslieden van EZ en WVC de mogelijkheid om de prijzen van geneesmiddelen op een bepaald niveau te bevriezen in het geval van onredelijke prijsverhogingen en was daarmee bedoeld als ondersteuning van de structurele maatregel van het GVS. De TWGP is nooit gebruikt en is vervallen op 1 januari 1993 [Algemene Rekenkamer 1992:11].
- **Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS);** Na de vaststelling dat het OPA niet aan de gestelde doelstellingen had voldaan werd in juli 1992 het GVS ingevoerd, dat groepen (clusters) van onderling vervangbare geneesmiddelen kent, waarbij binnen elk cluster een maximale vergoeding i.c. een vergoedingslimiet bestaat. Voor geneesmiddelen die duurder zijn dan de limiet moet het verschil tussen prijs en limiet door de consument worden bijbetaald. Het GVS gold eerst alleen voor ziekenfondsverzekerden, maar is met de overheveling naar de AWBZ sinds januari 1992 voor alle verzekerden van kracht. In hoofdstuk 4 wordt verder uitgebreid op het GVS ingegaan.
- **Farmacotherapie-overleg (FTO);** Het Farmacotherapie-overleg is primair gericht op kwaliteitsbeheersing en heeft lokaal plaats tussen huisartsen en apothekers om met behulp van elkaars inzichten en ervaringen tot kwalitatief verantwoorde en kostenbewuste keuzen met betrekking tot geneesmiddelen te komen. Het

ministerie van WVC stimuleert het opzetten van gelijkvormige FTO-groepen in het hele land en zorgt voor ondersteuning in de vorm van een landelijk project, dat loopt van 1 januari 1992 tot 1 juli 1995. Het ministerie verwacht overigens wel dat het FTO ook zal bijdragen aan de kostenbeheersing in de geneesmiddelensector. Dit zowel doordat minder geneesmiddelen gebruikt zullen worden als door een grotere bewustheid van de verhouding tussen kwaliteit en prijs van geneesmiddelen, waardoor het voorschrijfgedrag van artsen kan veranderen [Algemene Rekenkamer 1992:19-20].

- Patiënten Informatie Project (PIP); Het Patiënten Informatie Project bestaat uit door het ministerie van WVC gesubsidieerde voorlichtingsprojecten, die het verantwoord gebruik van geneesmiddelen moeten stimuleren, hetgeen dient te leiden tot beter en minder gebruik en daarmee ook tot kostenbeheersing. Tot de oprichting van de werkgroep PIP in februari 1992 toonden de projecten onderling weinig samenhang. Met de oprichting van de werkgroep, die ook tot taak heeft om projecten op elkaar af te stemmen en gezamenlijk voorlichtingsactiviteiten te ontwikkelen, hoopt men op termijn ook meer de effecten van het PIP te kunnen meten [Algemene Rekenkamer 1992:21].

In figuur 3.30 zijn de instrumenten ook weergegeven met een aanduiding van de tijdsduur waarin zij werkzaam zijn (geweest).

Figuur 3.30 Instrumenten voor prijs- en volumebeleid in de Nederlandse geneesmiddelen-sector (1982-1992)



1) Omni Partijen Akkoord; 2) Tijdelijke Wet Geneesmiddelen Prijzen; 3) Geneesmiddelen Vergoedings Systeem; 4) Farmacotherapieoverleg; 5) Patiënten Informatie Project

Bron: Algemene Rekenkamer 1992:9.

Ter afsluiting van deze paragraaf worden kort de Nederlandse (pogingen tot) regulering in de geneesmiddelensector vergelijken met andere Europese (EU) landen. In een vergelijkend i.c. internationaal perspectief blijkt Nederland niet eens zoveel vormen van regulering te kennen als andere Europese landen.

Uit figuur 3.31, waarin regulering ten aanzien van de geneesmiddelensector in de EG-landen vergeleken wordt, blijkt dat bijvoorbeeld Nederland en de Bondsrepubliek, in de periode waarop de figuur betrekking heeft, de enige EG-landen zonder prijs- of winstcontrole waren. Van de vijf in de figuur genoemde controle-soorten kenden de Bondsrepubliek en Nederland er maar één: de uitsluiting van sommige soorten produkten. Andere landen als België, Italië, Portugal en Spanje gebruikten maar liefst vier van de vijf genoemde soorten regulering.

Figuur 3.31 Regulering met betrekking tot geneesmiddelen in 11 EG-landen

	België	Denemarken	Frankrijk	Bondsrepubliek	Griekenland	Ierland	Italië	Nederland	Portugal	Spanje	Ver. Koninkrijk
SOORT CONTROLE											
1. Prijs- of winstcontrole			*	*	*		*	*	*		*
2. Goedgekeurde prijs voorwaarde bij marketing			*						*		*
3. Goedgekeurde prijs voorwaarde acceptatie ziekenfonds(-vergoeding)			*	*	*		*		*		*
4. "Positieve lijst"			*		*		*		*		*
5. Sommige soorten produkten uitgesloten, rest toegestaan						*		*		*	*

Bron: ABPI/EFPIA, uit: Lageweg e.a. 1989:35, Bijsluiter 7, 1988.

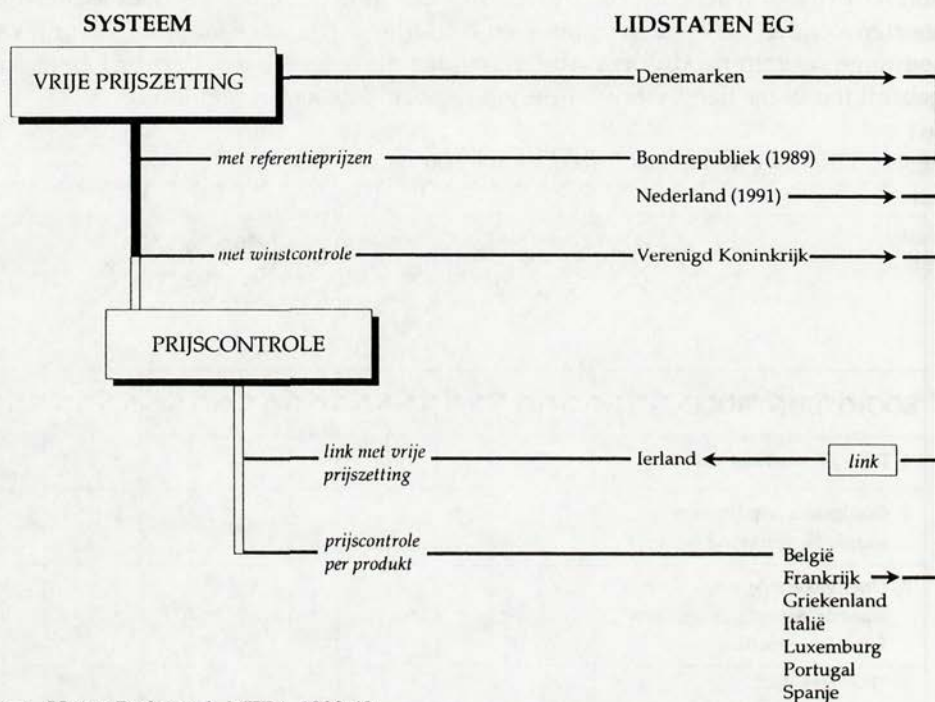
In een recenter meer beperkter overzicht, vallen met name de introductie van systemen met referentieprijzen op. In de Bondsrepubliek in 1989 het *Festbeträge*-systeem en in Nederland in 1991 het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS).

In figuur 3.32 zijn de vigerende prijssystemen voor geneesmiddelen in vier categorieën ingedeeld: vrije prijszetting, vrije prijszetting met referentieprijzen of winstcontrole en prijscontrole per produkt dat op de markt gebracht wordt.

In zeven van de elf EG-landen worden individuele produkten aan prijscontrole onderworpen. Vijf landen hebben, in verschillende mate, andere vormen voor het beïnvloeden van de prijszetting van geneesmiddelen, terwijl Denemarken de

minste hindernissen voor een vrije prijszetting door producenten kent. Het in 1991 in Nederland ingevoerde referentieprijssysteem GVS, zal in het volgende hoofdstuk een belangrijke rol spelen in het kader van de analyse van strategie in de geneesmiddelensector.

Figuur 3.32 Prijsystemen voor geneesmiddelen in de EG, 1992



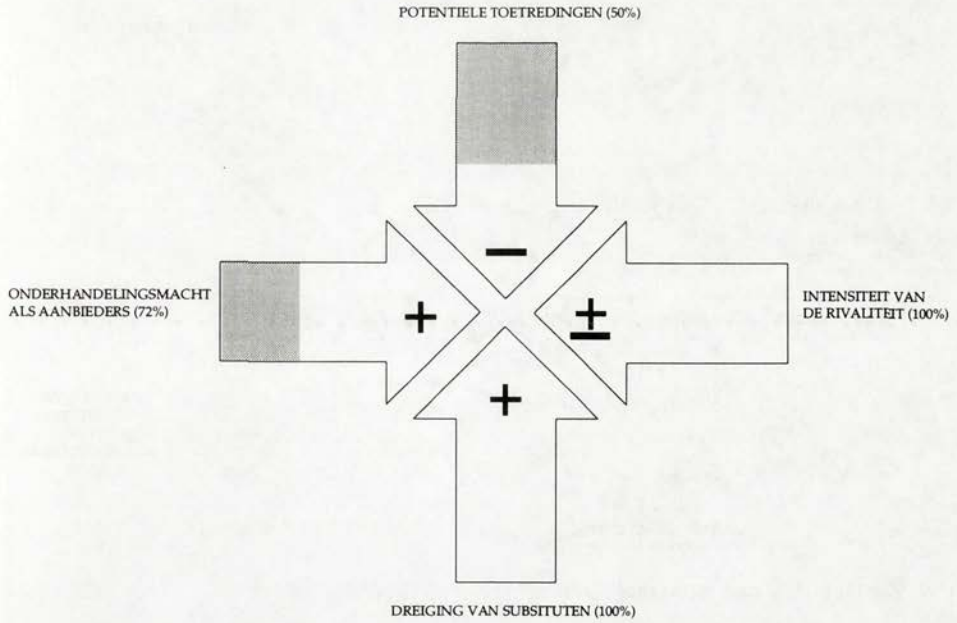
Bron: Heinz Redwood, MEFA 1992:68.

3.6 DE REIKWIJDTE VAN HET GEBRUIKTE MODEL

In hoofdstuk 2 (paragraaf 2.2.1) werd al verwezen naar deze paragraaf waarin gekeken wordt naar de mate waarin het concurrentiekrachtenmodel gebruikt wordt bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de drie in het kader van deze studie onderzochte *industries*. Hier wordt nader op de reikwijdte van het model ingegaan, waarbij tevens, naar aanleiding van hoofdstuk 1 (zie paragraaf 1.1), nader ingegaan wordt op de toepassing van het concurrentiekrachtenmodel binnen de verschillende *industries* in deze analyse van de intensiteit van de concurrentie.

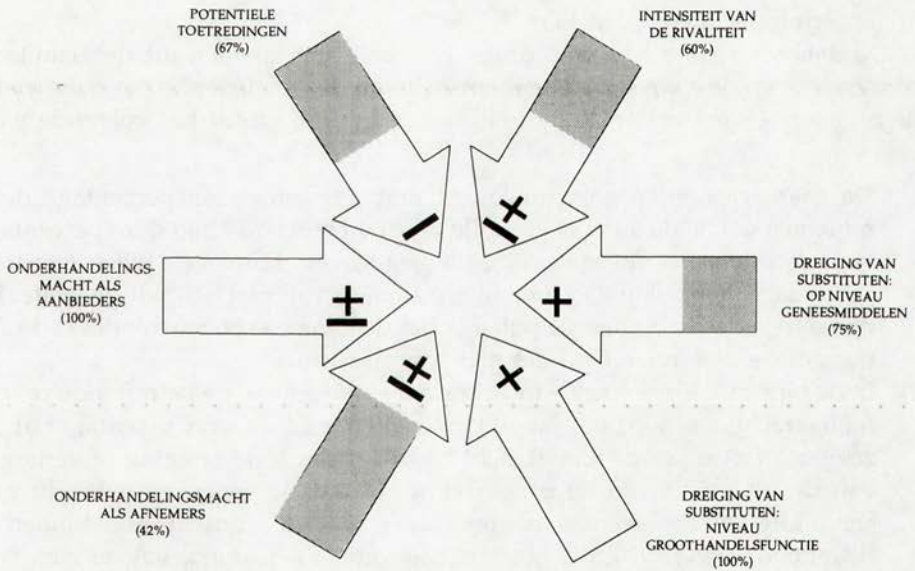
In een drietal figuren wordt de mate waarin het model gebruikt is bij de analyse van drie onderzochte *industries* weergegeven.

Figuur 3.33 Producenten van geneesmiddelen, gebruik van het concurrentiekrachtenmodel



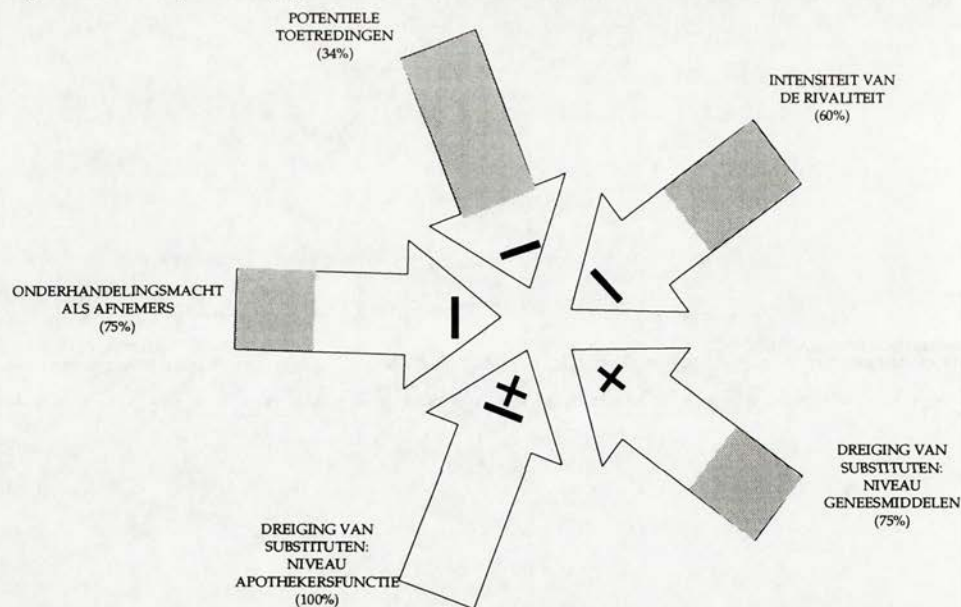
Bron: Tabel 3.8 (zie paragraaf 3.2.5).

Figuur 3.34 Groothandelaren in geneesmiddelen, gebruik van het concurrentiekrachtenmodel



Bron: Tabel 3.12 (zie paragraaf 3.3.6).

Figuur 3.35 Apothekers, gebruik van het concurrentiekrachtenmodel



Bron: Zie tabel 3.17 (zie paragraaf 3.4.5).

Figuur 3.33 geeft het gebruik van het concurrentiekrachtenmodel weer voor producenten van geneesmiddelen, figuur 3.34 en 3.35 zijn respectievelijk een weergave van de resultaten ten aanzien van de *industries* voor groothandelaren in geneesmiddelen en apothekers.

De data voor deze figuren worden ontleend aan tabellen uit de afsluitende paragrafen van de analyse van de intensiteit van de concurrentie per *industry* (zie de bronvermelding onder de figuren). In de figuren wordt het volgende weergegeven:

- 1) De naam van de concurrentiekracht met daarachter het percentage determinanten dat bij de analyse gebruikt werd. In tabel 3.19 zijn deze percentages voor de drie *industries* naast elkaar weergegeven. Binnen de pijlen wordt het percentage 'gebruikte determinanten' aangegeven met een wit gedeelte. Het donkere gedeelte binnen de pijlen is het deel van de concurrentiekracht (het percentage determinanten) dat niet gebruikt werd.
- 2) In de pijlen wordt tevens de indicatie aangegeven van de betreffende concurrentiekracht ten aanzien van de intensiteit van de concurrentie. Dat wil zeggen, of deze concurrentiekracht bijdraagt aan een verlaging of verhoging van de intensiteit van de concurrentie, of dat de concurrentiekracht geen eenduidig effect heeft op de intensiteit van de concurrentie binnen de betreffende *industry*. Zo is het mogelijk om in één oogopslag te zien welk percentage determinanten gebruikt wordt per concurrentiekracht, in relatie tot de indicatie van de concurrentiekracht met betrekking tot de intensiteit van de concurrentie. Wanneer een groter percentage determinanten van een con-

currentiekracht gebruikt is, zal ook de gevonden indicatie ten aanzien van de intensiteit van de concurrentie meer gewicht hebben.

Tabel 3.19 Gebruik van het concurrentiekrachtenmodel, percentages voor producenten, groothandelaren en apothekers

CONCURRENTIEKRACHTEN		INDUSTRY		
		producenten	groothandelaren	apothekers
K1	potentiële toetredingen	50	67	34
K2	intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten	100	60	60
K3a	dreiging van substituten: produktniveau	100	75	75
K3b	dreiging van substituten: functieniveau	(1)	100	100
K4	onderhandelings-macht van afnemers	(2)	42	75
K5	onderhandelings-macht van aanbieders	72	100	(3)
Gemiddeld		81	74	69

- (1) Niet van toepassing voor de *industry* van producenten van geneesmiddelen (zie paragraaf 3.2).
 (2) Niet onderzocht voor producenten in relatie tot hun toeleveranciers (zie paragraaf 3.1.4).
 (3) Niet onderzocht voor apothekers in relatie tot hun afnemers i.c. consumenten/patiënten (zie paragraaf 3.1.4).

Het is hier wel van belang om nogmaals duidelijk op te merken dat de verschillen in de percentages tussen de *industries* per concurrentiekracht in relatie gezien moeten worden met het **aantal** gebruikte determinanten (per concurrentiekracht per *industry*). Voor deze verschillen tussen de onderzochte *industries*, in termen van de relatieve bijdrage van concurrentiekrachten, zijn de volgende opmerkingen van belang:

- 1) In het algemeen scoren de producenten hogere bijdragen per concurrentiekracht (en dus ook een hoger gemiddeld 'benuttingspercentage' van het model) dan groothandelaren en apothekers. Een inhoudelijke oorzaak daarvan ligt in het feit dat sommige determinanten in het model zoals eigendom van

produkt-technologie, periodieke overcapaciteit en produktiehoeveelheden toch vooral op producenten gericht zijn en veel minder (vaak) van toepassing zijn op distributeurs of detaillisten.

- 2) Een belangrijk verschil dat hier niet onbesproken mag blijven is dat tussen de benutting van de concurrentiekracht van de onderhandelingsmacht van afnemers voor groothandelaren en apothekers, waarbij percentages van respectievelijk 42% en 75% gevonden werden. Van de 12 determinanten uit het model worden er 5 benut bij de analyse van de groothandels-industry en 9 bij de analyse van de industry van apothekers. Inhoudelijk spelen hier met name een aantal determinanten ten aanzien van prijsgevoeligheid een rol, die voor apothekers meer van toepassing zijn dan voor groothandelaren (zie verder de betreffende paragrafen 3.3.4 en 3.4.4).

Met de bovenstaande opmerkingen in het achterhoofd kan in het algemeen geconcludeerd worden dat voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie van de industry van producenten van geneesmiddelen gemiddeld een iets groter deel (81%) van het model benut wordt, dan bij de analyse van de intensiteit van concurrentie in de industries van groothandelaren (74%) en apothekers (69%).

In hoofdstuk 1 (zie paragraaf 1.1 onder de analyse van de concurrentie in de geneesmiddelensector) werd al aangenomen dat het concurrentiekrachtenmodel geschikt zou zijn voor de analyse van de intensiteit van de concurrentie binnen de industries van groothandelaren en apothekers. We achten dit zonder meer bevestigd.

Interessanter is echter dat de beschrijving van de geneesmiddelensector in drie aan elkaar gerelateerde industries op deze manier tot stand gekomen is. In de analyse wordt bevestigd (zie ook paragraaf 3.1.5) hoe essentieel de derde concurrentiekracht 'de dreiging van substituten' in elk van de drie industries afzonderlijk en dus voor de geneesmiddelensector is, in termen van een verhoging van de intensiteit van de concurrentie. In hoofdstuk 5 zal bij afsluiting van deze studie deze bevinding centraal staan waar het gaat om (de intensiteit van de) concurrentie in de geneesmiddelensector en de relatie met de analyse van de strategie in de geneesmiddelensector, waar het hierna volgende hoofdstuk over gaat.

4.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk staat de analyse van de strategie van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector centraal. In de voorgaande hoofdstukken is al gesproken over de aanwezigheid en de relatief centrale positie van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector. In dit hoofdstuk zal de strategie van belangengroeperingen – op het inter-organisationale niveau – dan ook het uitgangspunt van de analyse vormen, teneinde uitspraken te kunnen doen over strategie in de geneesmiddelensector, de veronderstelling van de centrale positie van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector te bevestigen en inhoud te geven aan de zesde concurrentiekracht: 'de invloed van belangengroeperingen'.

Bij de analyse in dit hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van 'de casus van de ontwikkelingen (in de strategie) van belangengroeperingen van producenten en importeurs van geneesmiddelen in Nederland in de periode 1986-1993', die in paragraaf 2.4.2 al omschreven is en op die plaats zijn ook de argumenten voor het gebruik van juist deze casus gegeven.

4.1.1 Analyse kader

In dit hoofdstuk worden begrippen gebruikt, die in hoofdstuk 2 al toegelicht zijn. In deze paragraaf worden deze begrippen samengevat in figuur 4.1 en daarna kort geherintroduceerd. Tot slot komt in deze introducerende paragraaf nog de relatie tussen concurrentie en strategie aan de orde, dat wil zeggen de *directe* en *indirecte* invloed van de zesde concurrentiekracht binnen het model van concurrentiekrachten.

In dit hoofdstuk verwijst het begrip actor naar een kiezende of handelende georganiseerde groepering i.c. een belangengroepering in de geneesmiddelensector. Een overzicht van deze groeperingen is te vinden in Bijlage 2. Het begrip strategie is gedefinieerd in die zin dat vastgesteld is dat vier elementen daarin centraal staan: doelen, middelen, samenhang (het idee van een plan) en de

interactie van actoren in een omgeving (zie de paragrafen 2.2.1 en 2.2.4). Bij de beschrijving van strategie wordt hier dus een doel-middel relatie gebruikt.

Figuur 4.1 Begrippen ten behoeve van de analyse van de strategie i.c. de invloed van belangengroeperingen

– actor	
– doelen	(gemeenschappelijk) (niet-gemeenschappelijk)
– middelen	(gemeenschappelijk) (niet-gemeenschappelijk)
– effecten	beoogd effect averechts effect neveneffect
– onderhandelen	
– de concurrentiekracht van de invloed van belangengroeperingen	determinanten: macht(smiddelen) gezag(smiddelen) legitimiteit(smiddelen)

(eerder weergegeven als figuur 2.14 in hoofdstuk 2).

De inhoud van het actorbegrip is hierboven al aangegeven. Het doelbegrip vullen we hier in als: *'een toekomstige situatie, al dan niet de actor zelf betreffende, die hij in een gegeven situatie beoogt, of althans accepteert als gewenst, en waarvan hij het intreden meent te kunnen bevorderen of teweegbrengen'* [Kuypers 1976:30].

Middelen zijn te scheiden in alle verrichtingen die beschikbaar zijn voor een actor en diegene die hij ook werkelijk gebruikt. In deze analyse ligt de nadruk op werkelijk gebruikte middelen, oftewel: *'al datgene wat een actor verricht, dan wel kan en wil verrichten, alsook al datgene waarover hij beschikt, danwel kan en wil beschikken ter bereiking van een doel, een en ander in een gegeven uitgangssituatie'* [Kuypers 1976:35].

Een doel is hierboven omschreven als een beoogd effect, iets dat een actor wil veroorzaken met een middel. Omdat daarbij ook ongewenste effecten kunnen optreden dient dit nader te worden onderscheiden, hetgeen hier in een driedeling plaats heeft: beoogde effecten, averechtse effecten en neveneffecten.

Over beoogde effecten is al gesproken, zij het dat er een relatief verschil bestaat tussen de begrippen 'tussendoel' en 'einddoel', waarbij het einddoel hetgeen is: *'dat een actor zich voorstelt te bereiken via één of meer tussendoelen'* [Kuypers 1976:38]. Dit maakt het ook mogelijk om een hiërarchie van tussendoelen (in de zin van middelen) en einddoelen analytisch te onderscheiden. Een averchts effect komt in plaats van een beoogd effect en is tegengesteld aan het beoogde doel, terwijl een neveneffect met het bereiken van het beoogde effect wel verenigbaar is. Een

neveneffect kan daarbij gunstig, van geen belang zijn of ongunstig uitpakken voor actoren [Kuypers 1976:42].

Verder dient dan nog de dynamiek aangegeven te worden — de samenhang en interactie, die wij hier, in navolging van Kuypers zullen omschrijven als 'een strategie met meerdere actoren', hetgeen ontleend kan worden aan het 'model voor meer-actoren-beleid' van Kuypers dat is weergegeven in paragraaf 2.1.5.

Een zogenaamd gemeenschappelijk doel, moet geformuleerd worden en ontstaat door onderhandelen: *'het doen van expliciete voorstellen door een actor aan één of meerdere actoren, dan wel het beantwoorden van zulke voorstellen, een en ander met het doel, althans uiterlijk, om overeenstemming te bereiken, hetzij over een ruil, hetzij over beleid'* [Kuypers 1976:74].

Het belang van het meer-actoren-model ligt daarin, dat het een situatie met meerdere actoren aangeeft. Het bovenstaande model gaat uit van twee actoren, maar is in principe oneindig uit te breiden. Uitbreiding van het model door de toevoeging van meer actoren heeft geen invloed op de betekenis, maar maakt wel de tekening complexer.

Voor deze studie is het vooral van belang om te benadrukken dat er in een situatie met meerdere actoren naast gemeenschappelijke doelen en middelen ook niet-gemeenschappelijke doelen en middelen (kunnen) zijn. Binnen één organisatie kan er al sprake zijn van een situatie met moeilijk verenigbare of tegengestelde doelen, bijvoorbeeld in het kader van vraagstukken over kwaliteitsverbetering versus kostenbeheersing. In een situatie met meerdere organisaties treden dan ook nog varianten op ten aanzien van gemeenschappelijke doelen (en middelen), die door verschillende en/of wisselende en/of overlappende coalities van actoren wel of juist niet nastrevenswaardig geacht worden. Daarnaast kunnen niet-gemeenschappelijke doelen en middelen ook strijdig zijn met gemeenschappelijke doelen en middelen.

In concrete zin betekent dit dat we in deze analyse zullen letten op de coalities die in het veld gesloten worden, waarbij we zullen uitgaan van de belangrijkste afspraken die gemaakt zijn tussen de belangengroeperingen in de Nederlandse geneesmiddelensector in de periode die we onderzoeken (1986-1993). In voorkomende gevallen zullen we ingaan op de motivatie om wel of niet bij een afspraak aan te sluiten en proberen daarvoor een verklaring te zoeken.

In navolging van Dahl [1969], gaan we er hier vanuit dat invloed een relationeel begrip is, waaraan een drietal determinanten kunnen worden onderscheiden, die elk een manier vormen waarop invloed tot stand kan komen. Deze drie basisrelaties zijn: 1) macht (of in het uiterste geval dwang), een relatie met de mogelijkheid tot sanctioneren; 2) gezag, een relatie waarin overtuigd wordt zonder machtsuitoefening; en 3) (toegekende) legitimiteit, een gehoorzaamheidsrelatie op basis van wetten of andere afspraken.

De invloedsmiddelen zijn hierbij te verdelen in dezelfde categorieën als de determinanten van invloed: machtsmiddelen, gezagsmiddelen en legitimiteitsmiddelen. Hiermee sluiten de begrippen die gebruikt worden voor de invulling van de invloed van belangengroeperingen ook aan bij de analyse van de strategie van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector.

Concurrentie en strategie

De analyse van strategie in de geneesmiddelensector staat in het kader van dit onderzoek niet los van de analyse van de concurrentie. Centraal staat hier het begrip invloed. Het begrip invloed wordt bij de analyse van de strategie gebruikt om inzicht te krijgen in de (de mate van) invloed van actoren in de geneesmiddelensector. Daarnaast kan met het begrip invloed het concurrentiekrachtenmodel dat als basis dient voor de analyse in hoofdstuk 3 worden aangevuld. Dit door de invulling van de zogenaamde zesde concurrentiekracht: de invloed van belangengroeperingen.

Al eerder werd gesproken over een *indirecte* en *directe* invloed van de concurrentiekracht van 'de invloed van belangengroeperingen' op de intensiteit van de concurrentie. Deze invloed is *indirect* wanneer de concurrentiekracht van de invloed van belangengroeperingen via de andere concurrentiekrachten ingrijpt op de intensiteit van de concurrentie. Men kan deze invloed *direct* noemen, wanneer (determinanten van) de concurrentiekracht van de invloed van belangengroeperingen rechtstreeks (de intensiteit van de concurrentie en daarmee) de winstgevendheid van (individuele) ondernemingen beïnvloeden. Het gaat hier dan met name om consequenties op het micro-niveau, die niet (direct) onder invloed van de andere vijf concurrentiekrachten tot stand komen (zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.2).

4.1.2 Inhoud

Dit hoofdstuk bestaat verder uit vier paragrafen. In paragraaf 4.2 volgt een korte uiteenzetting over de periode 1975-1985, die aan de onderzoeksperiode van de gebruikte casus voorafgaat. Naast de introductie van de belangengroeperingen van producenten van geneesmiddelen, komen in een aparte paragraaf ook andere voor deze studie belangrijke belangengroeperingen in de geneesmiddelensector aan de orde (paragraaf 4.2.3). De periode waarin gekeken wordt naar de ontwikkelingen in de belangenverenigingen van producenten en importeurs van geneesmiddelen – 1986-1993 – is in twee delen gesplitst. In paragraaf 4.3 komt de periode 1986-1989 aan de orde, waarbij de afsplitsing van deelbelangen uit Nefarma, gevolgd door het oprichten van andere organisaties naast Nefarma voor producenten van geneesmiddelen – zoals die voor producenten van generica – en de opkomst en de dreigende ondergang van zelfregulering (het Omni-Partijen Akkoord) in de geneesmiddelensector centraal staan. Paragraaf 4.4 gaat over de periode 1990-1993, met als centrale begrippen een toenemende overheidsregulering (het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem) en de erkenning van de diversiteit van deelbelangen in de geneesmiddelensector, onder andere uitgedrukt in de hervorming van Nefarma tot (uitsluitend) de belangenvereniging van innovatieve producenten van (merk)geneesmiddelen. In paragraaf 4.5 volgt tenslotte een afsluiting van dit hoofdstuk.

4.2 ACHTERGRONDEN: DE PERIODE 1975-1985

Tot 1975 beschikten de fabrikanten en importeurs van geneesmiddelen over gescheiden belangengroeperingen. De fabrikanten waren verenigd in de Nederlandse Vereniging van Producenten van Pharmaceutische Producten (Nepropharm) en de importeurs werkten samen in de Bond van Importeurs van Pharmaceutische Artikelen (Bipa). Deze twee groeperingen werkten samen in de Pharmaceutische Handels Conventie (PHC), een van overheidswege goedgekeurd handelsbeschermingskartel, dat steeds minder goed functioneerde. Overigens bestonden er sinds de jaren '50 ook verschillende bedrijven die geen lid waren van het PHC en aan vrije prijsvorming deden, zoals De Watermolen (nu Pharbita), Nogepha en Centrafarm. Loose [1990b:178] geeft een viertal oorzaken voor de onhoudbaarheid van de PHC: 1) het prijskartel werd ontdoken door rechtstreekse leveranties van de industrie aan afnemers; 2) een toenemende concurrentie tussen producenten van geneesmiddelen; 3) de wens om een grotere mate van bewegingsvrijheid in het handelsverkeer te hebben; 4) de toenemende dreiging van anti-kartel wetgeving. Voor de Amerikaanse bedrijven al een realiteit omdat door strengere *anti-trust* wetgeving in de Verenigde Staten zowel naar hun binnenlandse als buitenlandse activiteiten gekeken werd.

In de Nederlandse overleg-democratie met al haar publieke organisaties leken kartels goed te passen. In ieder geval bestond geen sterk verzet tegen kartels als de PHC, wat blijkt uit het feit dat deze zelfs officieel goedgekeurd konden worden. Het in belang toenemende niveau van de Europese Gemeenschap kende sterkere anti-kartel sentimenten, waardoor ook voor de Europese fabrikanten een dreiging van anti-kartel wetgeving bestond.

Al sinds 1965, aldus De Vroom [1990:248-249] waren er pogingen ondernomen om tot een fusie te komen tussen de Nepropharm en de Bipa, maar deze bleven tien jaar lang zonder resultaat. In 1975 komt men in een periode van twee maanden tot de oprichting van de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie (Nefarma), een gevolg van externe oorzaken, zoals een toenemende overheidsbemoeienis en publieke aandacht voor de geneesmiddelensector. De prijzen van geneesmiddelen komen sterk onder druk en er wordt regelmatig gesproken over de kwaliteit van geneesmiddelen en de controle daarop. Interne oorzaken die de vorming van Nefarma bespoedigen zijn de ontmanteling van de PHC en het idee van fabrikanten en importeurs dat zij, in twee aparte verenigingen, door de overheid tegen elkaar werden uitgespeeld [De Vroom 1990:249]. Volgens Nefarma waren met name de toenmalige discussies over de prijzen van geneesmiddelen een belangrijke aanleiding tot de oprichting van deze belangenvereniging. In 1975 werd de PHC losgelaten, in november 1975 vond de oprichtingsvergadering van Nefarma plaats, die op 1 januari 1976 van start ging [Bijsluiter 8 1990:8].

Nefarma stelt zich volgens artikel 3 van haar statuten tot doel: *'Het optreden als representatieve organisatie van de farmaceutische industrie in Nederland en als zodanig het behartigen van de gemeenschappelijke belangen van de bij haar aangesloten ondernemingen, zulks met inachtneming van de daarbij betrokken volkegezondheidsbelangen'* [Statuten Nefarma 1975]. Sinds 1975 stelt Nefarma zich op als de centrale

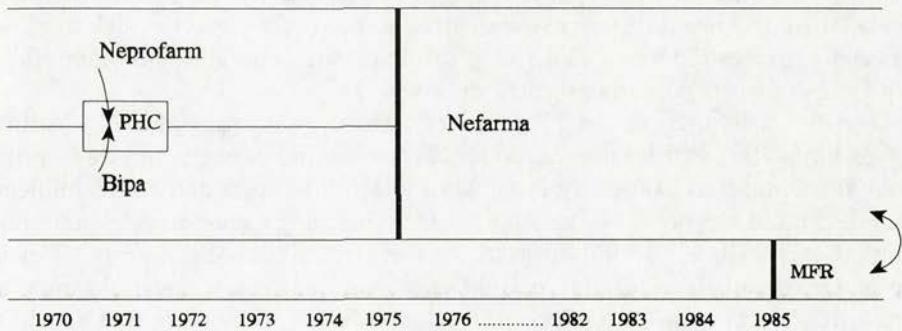
belangenorganisatie in de geneesmiddelensector. Toch worden op grond van formele en informele regels en procedures bepaalde ondernemingen en belangen buiten de vereniging gehouden. Zo stelt het Huishoudelijk Reglement van Nefarma dat formeel alleen ondernemingen worden toegelaten in het bezit van de vereiste vergunningen voor het bereiden en/of afleveren van geneesmiddelen in het kader van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening en een minimum-omzet in farmaceutische produkten hebben van 500.000 gulden per jaar. Met de vereiste minimumomzet worden vooral de producenten van magistrale produkten (produkten die ter plekke bereid worden), dat wil zeggen apothekers, uitgesloten van lidmaatschap. Kleinere ondernemingen kunnen soms toegelaten worden wanneer men verwacht dat de omzet op korte termijn sterk zal stijgen, maar hebben dan geen stemrecht. Naast deze formele criteria let het bestuur van Nefarma, aldus het Huishoudelijk Reglement, tevens bij de toelating op het gedrag van de onderneming in het licht van de belangen van de Associatie en dient een eventueel nieuw lid voorgedragen te worden aan de leden. In deze ballotage-procedure kunnen bestaande leden bezwaren tegen het aspirant-lid inbrengen. In de praktijk komt dit, aldus De Vroom [1990:212], neer op de uitsluiting van parallel-importeurs. Niet formeel uitgesloten van lidmaatschap zijn de producenten van generieke geneesmiddelen, maar hun belangen spelen geen rol binnen Nefarma. Toch zijn sommige producenten van generieke produkten wel lid van Nefarma en er zijn producenten van merkgeneesmiddelen die ook aan generieke productie doen.

Nefarma stelt zich op alsof er een gezamenlijk belang vertegenwoordigd wordt, dat van de gehele geneesmiddelenindustrie. Toch vermeldt bijvoorbeeld het Jaarverslag 1979 van Nefarma: *'Het aandeel in de omzet van farmaceutische specialité's van onze leden bedraagt nog steeds meer dan 90%'* [Nefarma Jaarverslag 1979:4]. Geen éénmalige uitspraak, omdat nagenoeg dezelfde zin bijvoorbeeld ook te vinden is in het Jaarverslag 1980:4 en het Jaarverslag 1981:4. Nefarma lijkt zichzelf toch vooral te willen zien en profileren als een vereniging van producenten en importeurs van merkgeneesmiddelen.

Eén deelbelang wordt binnen Nefarma wel erkend; dat van de zelfzorgmarkt. Binnen Nefarma opereert een aparte beleidsadviesgroep voor zelfmedicatie, die ook een vertegenwoordiging naar het bestuur heeft. De meeste leden van Nefarma hebben echter belang bij de ontwikkeling van zelfmedicatie en daarom is dit niet zozeer te zien als een belang van een aantal leden-ondernemingen, maar als een deelbelang van de meeste leden [De Vroom 1990:252].

In 1985 wordt de Nederlandse Stichting ter bevordering van Medisch-Farmaceutische Research (MFR) opgericht. Deze stichting (van producenten van merk-geneesmiddelen) innoverende richt zich op innoverende ondernemingen, wetenschappers en artsenorganisaties. In MFR nemen 16 (innovatieve) leden van Nefarma deel. Het lidmaatschap van Nefarma is een voorwaarde voor ondernemingen om binnen de MFR te participeren. MFR kan worden gezien als een taakspecifieke afsplitsing van Nefarma [De Vroom 1990:213]. In figuur 4.2 worden de besproken ontwikkelingen in de periode 1975-1985 samengevat.

Figuur 4.2 De ontwikkeling van belangengroeperingen van producenten (fabrikanten en importeurs) van geneesmiddelen (1970-1985)



4.2.1 Nefarma en de parallel-importeurs

Zoals hiervoor al opgemerkt is zijn parallel-importeurs niet welkom binnen Nefarma. Nefarma keurt de parallel-import ronduit af en zou ze liefst verboden zien. De Nederlandse overheid is daarbij, volgens Nefarma, niet in staat dit probleem naar behoren op te lossen: *'Wij zijn bevreesd, dat onze overheid onvoldoende is toegerust om al deze wild-groei verschijnselen (parallel-import: hs) voldoende in de hand te houden'* [Nefarma Jaarverslag 1979:7]. Daarbij is het niet alleen de Nederlandse overheid die onvoldoende optreedt en daarmee meewerkt aan het verstoren van de vrije concurrentie. Nefarma profileert duidelijk een positieve houding ten opzichte van een vrij verkeer van geneesmiddelen tussen EG-landen: *'Natuurlijk is Nefarma voorstander van een vrij verkeer van geneesmiddelen binnen de Europese Gemeenschappen'* [Nefarma Jaarverslag 1980:9]. Daarbij verzet zij zich tegen overheden in landen die eenzijdige prijscontrole systemen hanteren, waardoor de prijzen in die landen relatief laag zijn en onder andere parallel-import een lonende bezigheid is. Prijscontrole systemen vervormen de vrije concurrentieverhoudingen, aldus Nefarma [Nefarma Jaarverslag 1980:9].

De afschuw van de praktijk van de parallel-import in de periode tot 1985 lijkt door de jaren heen alleen maar groter te worden. In het Jaarverslag 1983 kan men lezen: *'Deze praktijken (parallel-import:hs) hebben uiteraard een negatieve invloed op de omzetcijfers van de internationaal opererende geneesmiddelenfabrikanten. De winstderving wordt op de research-budgetten in mindering gebracht. Parallel-import is derhalve een bedreiging voor de innovatieve research en dientengevolge voor de geneesmiddelen van onze kinderen'* [Nefarma Jaarverslag 1983:16]. Parallel-import wordt door Nefarma dusdanig verafschuwd dat zelfs gedreigd wordt met het snoeien op het onderzoek en de ontwikkeling van geneesmiddelen, waarbij zelfs enigszins demagogisch getinte beelden, als voorstellingen van toekomstige generaties die een optimale farmaco-therapeutische vooruitgang moeten ontberen, benut worden.

4.2.2 Nefarma en de generieke producenten

Producenten van generieke geneesmiddelen kunnen wel lid worden van Nefarma maar hun belangen worden niet vertegenwoordigd. Sterker nog, Nefarma draagt een belangentegenstelling uit tussen de producenten van respectievelijk merk- en generieke geneesmiddelen. Ook de produktie van generieke geneesmiddelen wordt gezien als een bedreiging van de innovatie.

Deze tegenstelling van belangen, door Nefarma geformuleerd als 'substitutie versus innovatie', wordt bijzonder actueel wanneer in het begin van de tachtiger jaren ziekenfondsen proberen om substitutie actief te bevorderen, gestimuleerd door de inhoud van het Advies inzake Kostenbeheersing Geneesmiddelenvoorziening uit 1980 van de Ziekenfondsraad. Zo werden bijvoorbeeld door het Ziekenfonds De Haaglanden gratis receptbriefjes aan huisartsen verstrekt met als opschrift 'geen bezwaar tegen loco-preparaat'. Als de arts deze zin niet doorhaalde, dan stond het de apotheker vrij het voorgeschreven merkprodukt te vervangen door een generiek geneesmiddel. Nefarma vond in 1981 een lid (Gist-Brocades) bereid om als proces-partij op te treden. De Haagse Rechtbank besliste dat deze gang van zaken in strijd was met de Beneluxmerkenwet [Nefarma Jaarverslag 1981:18]. In juli 1984 wordt deze zaak afgesloten met een arrest van het Benelux Gerechtshof, in antwoord op vragen die het Gerechtshof te Den Haag bij de behandeling van het hoger beroep van deze zaak in mei 1982 stelde. Het Benelux Gerechtshof stelde dat een arts die de bedoelde receptformulieren gebruikt, deze gebruikt in het economisch verkeer en derhalve merkinbreuk pleegt (onder 13A, lid 1, sub 2 BMW). Ook de apotheker die aflevert, zonder terzake elke keer de consument er uitdrukkelijk op te wijzen dat niet de originele specialité afgegeven wordt, pleegt merkinbreuk. Volgens Nefarma is hiermee een belangrijke positiebepaling van de afwijzing van vrijwillige substitutie een feit geworden [Weekbericht Nefarma 21, juli 1984:2]. Ook andere pogingen van ziekenfondsen om substitutie te stimuleren strandden in gerechtelijke uitspraken of werden voortijds beëindigd [Nefarma Jaarverslag 1981:19].

Nefarma erkent wel dat merkgeneesmiddelen duurder zijn dan generieke geneesmiddelen, maar: *'Nefarma is van mening dat de keuze tussen merkgeneesmiddelen en loco's niet uitsluitend op basis van de laagste prijs dient te worden gemaakt. Dit zou ernstige consequenties voor verdere research en verantwoorde produktbegeleiding kunnen hebben'* [Nefarma Jaarverslag 1981:16]. Keer op keer wordt hierbij gesteld dat de korte termijn besparingen als gevolg van het gebruik van generieke geneesmiddelen op de langere termijn de volksgezondheid zullen schaden. Daarnaast twijfelt Nefarma aan de werkelijke besparingen die door het gebruik van generieke geneesmiddelen zouden kunnen worden gerealiseerd. Een groot deel van de markt leent zich, aldus Nefarma, niet voor generieke produktie, alleen de goedlopende produkten zijn daarvoor interessant [Nefarma Jaarverslag 1981:16].

In 1982 brengt Nefarma de notitie 'Substitutie versus innovatie' uit, waarin alle bezwaren en problemen ten aanzien van de produktie van generieke- versus merkgeneesmiddelen uiteengezet worden. De kern van dit betoog bestaat daar uit

dat het kiezen voor substitutie een direct gevaar voor het gehele systeem van onderzoek en ontwikkeling in de farmaceutische industrie zal betekenen. Merknamen zijn van kardinaal belang, aldus Nefarma, zowel als identificatie, als waarborg voor kwaliteit, als produkt-bescherming en merknamen werken concurrentieverscherpend: *'Het dwingend voorschrijven van loco's zou derhalve een aantasting zijn van het economische fundament waarop de farmaco-therapeutische vooruitgang rust. Immers, het vervangen van merkgeneesmiddelen door loco's ontnemt de innoverende industrie passende compensatie voor zijn inspanningen en risico's'* [Nefarma 1982b:5].

Naast de vaststelling dat: *'loco's de innovatie bedreigen en bijgevolg de kans op vooruitgang verminderen'* [Nefarma 1982b:1], noemt Nefarma de aanname dat originele merkgeneesmiddelen en generieke geneesmiddelen praktisch identiek zijn riskant: *'Een geneesmiddel kan per patiënt totaal verschillende uitwerkingen hebben. (-) Bovendien memoreren wij dat een andere toedieningsvorm of een ander fabrikaat van hetzelfde werkzame bestanddeel een totaal verschillende uitwerking kan hebben als gevolg van de verschillen in biologische beschikbaarheid'* [Nefarma 1982b:12].

In ieder geval pleit Nefarma ervoor dat dezelfde eisen aan producenten van generieke geneesmiddelen gesteld worden als aan producenten van merkgeneesmiddelen, met name ten aanzien van de registratie, produktie, kwaliteitsbewaking en produktbegeleiding. Zo is het Nefarma bijvoorbeeld een doorn in het oog dat producenten van generieke geneesmiddelen mogen verwijzen, 'meeliften' zoals Nefarma het zelf noemt, op de dossiers van de originele merkgeneesmiddelen bij de registratie-procedure van een generiek middel [Nefarma 1982b:10]. Dit betekent voor de producent van een generiek produkt aanzienlijke besparingen, omdat bijvoorbeeld verwezen kan worden naar de kostbare klinische proeven met het merkgeneesmiddel zonder dat deze gedupliceerd hoeven te worden.

De houding van Nefarma, met name in de eerste helft van de tachtiger jaren, ten opzichte van generieke produktie zou men, in termen die de organisatie zelf gebruikt in haar publikaties kunnen samenvatten als: *'Gelijke monniken, gelijke kappen'*. Met dien verstande dat men ernstig twijfelt aan de therapeutische gelijkwaardigheid en daarmee aan gelijkheid van de monniken in kwestie [Nefarma 1982b:15]. Sinds 1985 speelt deze problematiek niet meer, omdat het College ter beoordeling van geneesmiddelen sindsdien de kwaliteitseis stelt dat de mate en de snelheid van de absorptie van het generieke produkt zodanig met het reeds bestaande produkt (het specialité) overeen moeten komen dat het werkingspatroon van beide middelen gelijkwaardig is [Pharmaceutisch Weekblad 125(10), 1990:255].

In de eerste helft van de tachtiger jaren vormt zich een informele 'praat-groep' van producenten van generieke geneesmiddelen, aldus De Vroom [1990:213]. Het bestuur van Nefarma heeft dan ook wel het vermoeden dat daarbij leden van Nefarma aansluiting gezocht hebben. Problemen worden echter niet voorzien wanneer het gaat om Nefarma's opstelling ten aanzien van generica en ook de lid-ondernemingen van Nefarma met generieke activiteiten hebben geen problemen. De voorzitter van het bestuur van Nefarma merkt over hun reacties op Nefarma's activiteiten op: *'...vaak heel sportief. Als je over de schreef gaat zullen ze wel aan de bel*

trekken....Ze kunnen opstappen als ze willen, maar dat hebben ze nooit overwogen' [De Vroom 1990:213].

Ter afsluiting van deze paragraaf nog het volgende. Bij redenering van Nefarma dat door een toenemende substitutie onderzoek en ontwikkeling in gevaar zullen komen is nog een kanttekening op zijn plaats, vooral wanneer men daarbij opmerkt dat vooral goedlopende geneesmiddelen in aanmerking komen voor substitutie. Deze redenering volgend lijkt er juist geen probleem te zijn. Generieke productie is vooral aantrekkelijk wanneer het om een (nog steeds) goedlopend middel gaat dat uit octrooi gaat. Het octrooi van dit middel is dan 20 jaar oud en als het middel nog steeds veel gevraagd is, mag men verwachten dat er sindsdien weinig of geen (verbeterde) alternatieven op de markt gekomen zijn. Men kan er dan ook van uit gaan dat het middel gedurende de gehele periode waarin het octrooi nog gold goed gelopen heeft en er dus voldoende geld mee verdiend is om toekomstig onderzoek te financieren. De beste bescherming tegen substitutie is daarmee innovatie. Des te innoverender de producenten van merkgeneesmiddelen zijn, des te minder generieke substitutie mogelijk zal zijn. Daarnaast heeft de specialité-producent nog altijd de merkbescherming voor een uit-patent-produkt en zou hij tevens na de octrooi-periode zijn prijzen kunnen verlagen tot het 'generieke niveau'. Bij deze redenering past overigens nog wel de aantekening dat de huidige generatie generieke producenten poogt om een breed assortiment aan produkten aan te bieden en daarbij zitten niet alleen produkten met een relatief grote omzet.

4.2.3 Andere belangengroeperingen

In deze studie nemen (de belangengroeperingen van) producenten een belangrijke plaats in. Daarnaast bestaan er ook andere groepen die we hier, uitgaande van het model van de geneesmiddelensector dat in hoofdstuk 3 gebruikt is, apart (meestal kort) zullen introduceren. Achtereenvolgens zijn dat de belangengroeperingen van groothandelaren, apothekers, artsen, consumenten (i.c. patiëntenverenigingen) en zorgverzekeraars. Daarna wordt kort ingegaan op een aantal belangrijke overheidsorganen met betrekking tot de geneesmiddelensector.

Groothandelaren

De Bond van Groothandelaren in het Pharmaceutisch Bedrijf (BvG) kan gezien worden als de vertegenwoordiger van de grote drie volgesorteerde groothandelaren in Nederland (OPG, Brocacef en Interpharm). De BvG profileert zichzelf als een belangengroepering voor de reguliere groothandel, waaronder zij die groothandelaren rekenen die een volledig assortiment voeren (volgesorteerd zijn) en aangesloten zijn bij de BvG.

Bij de formulering van haar inhoudelijke standpunten heeft de BvG het gemakkelijker naarmate de producenten van geneesmiddelen (hun aanbieders) en de apotheekhoudenden (hun afnemers) op één lijn zitten. Wanneer dat niet het geval is, zoals bijvoorbeeld bij de substitutie van regulier-geïmporteerde specialité's voor

parallel-geïmporteerde specialité's, kan de BvG zich nauwelijks uitspreken. Een situatie als deze wordt dan ook nog gecompliceerd doordat sommige leden van de BvG zich met parallel-import bezighouden. Het resultaat hiervan zijn zeer voorzichtige uitspraken waarbij termen als een 'uitschakelingstendens' gebruikt worden. Ontwikkelingen als de toenemende parallel-import worden gezien als strijdig met de volksgezondheidsbelangen wanneer zij de volgesorteerde farmaceutische groothandel schaden [BvG 1984:24-25]. Als meest centraal inhoudelijk element benadrukt de BvG, weinig verrassend, constant de noodzaak tot continuïteit voor de volgesorteerde groothandel, als de garantie voor het behoud van kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening.

Apothekers

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) hoort, met haar oprichting in 1842, tot één van de oudste belangengroeperingen in de gezondheidszorg in Nederland. Meer dan 90% van alle apothekers in Nederland is lid van de KNMP, zodat de KNMP zonder meer als de vooraanstaande belangengroepering van apothekers beschouwd kan worden. Andere groeperingen van apothekers spelen in vergelijking met de KNMP een marginale rol en dit onderzoek beperkt zich daarom, in termen van de belangenvertegenwoordiging van apothekers, tot de organisatie KNMP. Daarnaast wordt de KNMP ook door andere belangengroeperingen in de geneesmiddelensector beschouwd als voornaamste partij voor de belangen van de apothekers en in die hoedanigheid ook benaderd. Met haar circa 90 medewerkers is de KNMP ook de belangengroepering met de meeste professionele ondersteuning. Ter vergelijking: Het bureau van Nefarma telde in 1991 16 medewerkers [Nefarma Jaarverslag 1991:52].

De KNMP concentreert zich op drie doelstellingen: 1) het bevorderen van een goede geneesmiddelenvoorziening; 2) het bevorderen van de wetenschappelijke beoefening van de farmacie; en tenslotte 3) maakt de organisatie zich sterk voor de beroeps-, sociale- en economische belangen van haar leden (i.c. de Nederlandse apothekers) [KNMP 1992:3]. Inhoudelijk stelt de KNMP dat in de activiteiten van de organisatie het begrip 'kwaliteit' de rode draad is die haar activiteiten verbindt [KNMP 1992:5].

Artsen

Huisartsen worden in Nederland vooral vertegenwoordigd door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), waarmee circa 90% van de huisartsen verbonden is. De LHV is voor huisartsen, die als soort artsen centraal staan in deze studie, welke zich beperkt tot de extramurele verstrekking van receptgeneesmiddelen, verreweg de meest vooraanstaande belangengroepering. Dit onderzoek is daarom ook beperkt tot de LHV, wanneer gesproken wordt over de belangenvertegenwoordiging van (huis)artsen. Ook door andere belangengroeperingen in de geneesmiddelensector wordt de LHV als de vertegenwoordiging van de (huis)artsen gezien en als zodanig benaderd. De LHV zorgt voor belangenbehartiging, ondersteuning en deskundigheidsbevordering middels een landelijke organisatie

en 20 districtsbureaus verspreid over het land, die gekoppeld zijn aan de zogenaamde Districts Huisartsen Verenigingen (DHV) [Intermediair 36 1991].

De belangen van medisch specialisten worden vertegenwoordigd door de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), die zich zowel richt op het bevorderen van het goed functioneren van medisch specialisten gericht op een optimalisering van de gezondheidszorg, als op de sociaal-economische en maatschappelijke belangen van medisch specialisten. Ongeveer 85% van de in Nederland praktiserende specialisten is lid van de LSV [LSV 1988:41]

Zowel de LSV als de LHV zijn zelfstandige verenigingen binnen de koepel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG).

Consumenten – patiëntenverenigingen

Een belangrijke ontwikkeling ten aanzien van de verbetering van de positie van de consument van geneesmiddelen is, zoals in hoofdstuk 3 (paragraaf 3.5.2) al gezegd is, de snelle opkomst van patiëntenverenigingen. Bij deze groep belangengroeperingen zullen we daarom iets uitgebreider stilstaan. Patiëntenverenigingen zijn daarbij, alsdus Verkaar, in een drietal categorieën in te delen [Verkaar 1991].

De categoriale patiëntenverenigingen richten zich op één specifieke problematiek of ziekte, die zowel betrekking kan hebben op de lichamelijke als op de geestelijke aspecten van gezondheid. De betrokkenen bij deze organisaties hebben meestal zelf met deze problematiek te maken, of omdat zij zelf daaraan lijden of omdat zij ouder, partner of familielid van een patiënt zijn. In 1989 waren er in Nederland 175 categoriale patiëntenorganisaties, terwijl in 1980 nog rond de 40 organisaties geteld werden [Verkaar 1991:17-18].

De tweede groep, de algemene patiëntenorganisaties richten zich niet op één specifieke problematiek, maar op aspecten die voor verschillende groepen van mensen van belang zijn, zoals de bereikbaarheid of beschikbaarheid van voorzieningen of problemen rond ziektekostenverzekeringen. Deze organisaties zijn meestal lokaal georganiseerd en trachten de belangen van potentiële gebruikers van voorzieningen te behartigen en ontstaan als een gevolg daarvan dan ook vaak rondom de oprichting of instandhouding van bepaalde specifieke voorzieningen. In 1989 werden 109 plaatselijke algemene patiëntenverenigingen geteld [Verkaar 1991:19].

De derde groep van patiëntenorganisaties wordt gevormd door de patiëntenplatforms, de samenwerkingsverbanden tussen zowel categoriale- als algemene patiëntenverenigingen op plaatselijk, regionaal, provinciaal als landelijk niveau. Deze platforms vormen voor overheden vaak de gesprekspartner en overheden stimuleerden ook de totstandkoming van deze platforms, zoals bijvoorbeeld op provinciaal niveau, waar in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg patiënten recht hebben op zetels in de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. Om tot een representatieve vertegenwoordiging te komen hebben veel provincies de totstandkoming van een provinciaal patiëntenplatform gestimuleerd. De groei van aantallen patiëntenplatforms is zeer groot geweest in de periode 1982-1988, waarbij het aantal organisaties van 2 in 1982 gegroeid is tot ruim 30 patiëntenplatforms in 1988 [Verkaar 1991:20, Van Hoorn en Gevaerts 1988:12].

De patiëntenorganisaties ontplooiën, aldus Verkaar [1991:56-65] die categoriale patiëntenorganisaties onderzocht heeft, een groot aantal activiteiten, zoals informatieverstrekking, dienstverlening, zelfhulp en beleidsbeïnvloeding.

De informatieverstrekking of voorlichting maakt bij 99% van de categoriale patiëntenorganisaties deel uit van het activiteitenpakket, met als belangrijkste doelgroep de eigen leden of achterban. Daarnaast richt men zich vooral op professionele hulpverleners (81,8%) of specifieke doelgroepen (40,9%), zoals brandweer en politie. Centraal staat in de voorlichting de specifieke ziekte of problematiek waarvoor de organisatie opgericht is.

Dienstverlening of service in de vorm van daadwerkelijke bijstand maakt deel uit van het activiteitenpakket van 52% van de ondervraagde organisaties. Deze dienstverlening houdt veelal verband met diagnose of therapie. Men helpt mensen in het leggen van (en verbeteren van) contacten met hulpverleners, biedt ondersteuning bij klachten en andere procedures en er wordt bijstand verleend bij het verkrijgen van bijvoorbeeld uitkeringen of vergoedingen. Hulpverleners worden geholpen met *feedback* op de aangeboden hulpverlening en bijvoorbeeld ondersteuning bij het maken van voorlichtingsmateriaal.

Zelfhulp is veelal synoniem voor zelfhulpgroepen, die door 60% van de ondervraagde organisaties regelmatig georganiseerd worden, maar ook bijvoorbeeld telefooncirkels en huisbezoeken kunnen daartoe gerekend worden. Deze activiteiten kunnen bedoeld zijn voor mensen die probleemdrager zijn, maar ook voor hun relaties. Bij de onderzochte organisaties is 33% van de groepen alleen toegankelijk voor probleemdragers, 10% alleen voor ouders of familieleden en 56% van de zelfhulpactiviteiten is toegankelijk voor probleemdragers en relaties. Ondersteuning van zelfhulpgroepen door professionele hulpverleners heeft bij 49% van de activiteiten plaats.

Patiëntenorganisaties pogen via beleidsbeïnvloeding de hulpverlening te verbeteren of streven naar een betere bereikbaarheid of financiering van de hulpverlening. Van de onderzochte organisaties hield 57% zich bezig met beleidsbeïnvloeding, waarbij een drietal groepen actoren genoemd worden: professionele hulpverleners (67,1%), zorgverzekeraars (53,9%) en overheidsorganisaties (46,1%). De zorgverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars) worden benaderd omtrent de omvang van het verzekeringspakket (78%), administratieve procedures (12%) en de prijs van het verzekeringspakket (2,4%). Ten aanzien van overheidsorganisaties gaat het om wet- en regelgeving (60%), planning van voorzieningen (40%) en controle en inspectie van voorzieningen (11,4%). Verkaar [1991:62] noemt als voorbeeld van beleidsbeïnvloeding door patiëntenorganisaties onder andere de onderhandelingen van de Diabetes Vereniging Nederland met verschillende ziekenfondsen over de opname in het pakket van wegwerpinjectiemateriaal, die uiteindelijk in het normale verzekeringspakket werden opgenomen, waarna particuliere zorgverzekeraars het voorbeeld van de ziekenfondsen volgden.

Naast de patiëntenorganisaties zijn nog consumentenorganisaties actief ten aanzien van de geneesmiddelensector. Vooral de Consumentenbond moet daarbij genoemd worden. Deze heeft in het verleden veel aandacht besteed aan bijvoorbeeld de prijzen of verkrijgbaarheid van geneesmiddelen.

Zorgverzekeraars

De belangrijkste representatieve organisaties voor zorgverzekeraars zijn onderverdeeld naar verplicht en vrijwillig verzekerden en tevens kan een onderscheid gemaakt worden op basis van een ambtenarenstatus.

De Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ) is de belangengroepering van de Nederlandse ziekenfondsen, waarbij men verplicht verzekerd is wanneer het inkomen beneden een bepaalde loongrens valt en de VNZ is daarmee dus ook de belangengroepering voor deze groep consumenten. Het Kontaktorgaan Landelijk Overleg Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) is het overkoepelend orgaan van de particuliere zorgverzekeringsmaatschappijen en de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekeraars (KPZ) vervult deze functie voor ambtenarenverzekeringen. Deze ambtenarenverzekeringen zijn er voor gemeentelijke- en provinciale ambtenaren en voor politiepersoneel. Voor rijksambtenaren zijn er geen speciale verzekeringen.

Op de leden van de VNZ, de ziekenfondsen, zullen we hier nog even kort ingaan. Ziekenfondsen kennen een geschiedenis in Nederland die begint in 1904 toen voor de eerste keer een wetsontwerp voor één verplichte ziektekostenverzekering voor alle Nederlanders (in loondienst) met een inkomen beneden een bepaalde grens werd ingediend. Het zou tot mei 1941 duren voordat, onder de Duitse bezetting, een verplichte verzekering aan loontrekkenden werd opgelegd. Toen is de basis gelegd van een onderscheid dat nu nog bestaat: verplicht verzekerden naast vrijwillig verzekerden. Begin 1949 kwam het toezicht op de ziekenfondsen in handen van de Ziekenfondsraad. De Ziekenfondswet, die het ziekenfondsrecht voor heel Nederland uniform regelde, werd pas 1 januari 1966 van kracht [Oosting e.a. 1984:1633-1634]. In een periode van 62 jaar werd daarmee de basis gelegd voor een structuur van ziekenfondsen, zoals we die nu nog kennen in Nederland.

Overheden, Ziekenfondsraad en COTG

Twee ministeries houden zich bezig met de geneesmiddelensector. Het ministerie van Economische Zaken (EZ), vooral waar het gaat om aspecten van mededinging, en het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), waar het om het totale zorgpakket gaat en waarvoor een staatssecretaris voor Volksgezondheid aangesteld is.

Naast deze ministeries dienen in ieder geval ook een tweetal andere sterk met de overheid gelieerde en bij wet ingestelde organisaties genoemd te worden. De Ziekenfondsraad is het wettelijk orgaan voor de besturing van de sociale ziektekostenverzekeringen. Deze publieke organisatie houdt toezicht op de ziekenfondsen, brengt advies uit aan het ministerie van WVC en keurt overeenkomsten tussen ziekenfondsen en beroepsgroepen [De Klein 1988:50-51]. De Raad bestaat uit vertegenwoordigers van werknemers- en werkgeversorganisaties (zoals FNV en VNO), van de ziekenfondsen (VNZ) – en particuliere verzekeraars waar het om de AWBZ gaat – en van de beroepsgroepen, te weten artsen (KNMG), apothekers (KNMP), tandartsen (Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde) en ziekenhuizen (Nationale Ziekenhuisraad).

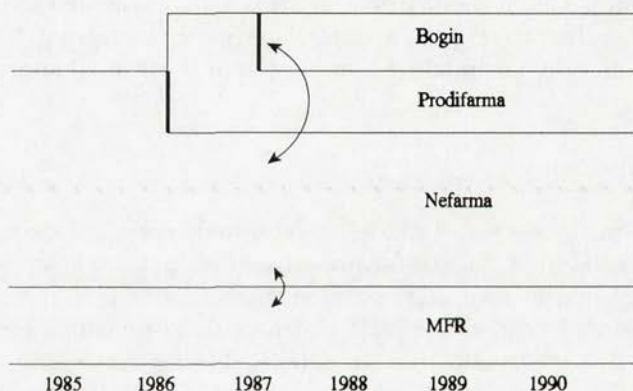
Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) is ook samengesteld uit vertegenwoordigers van werknemers- en werkgeversorganisaties, ziekenfondsen, particuliere zorgverzekeraars en medewerkersorganisaties en heeft tot taak om overeengekomen tarieven te beoordelen en goed danwel af te keuren. Zowel WVC als EZ kunnen het COTG bindende aanwijzingen geven omtrent de tarieven [De Klein 1988:50].

4.3 AFSPLITSING EN OPA — DE PERIODE 1986-1989

4.3.1 Afsplitsing

Zoals besproken is in de vorige paragraaf heeft Nefarma jaren lang geageerd tegen de parallel-importeurs en weinig gedaan om de belangen van haar generieke leden te behartigen. De vaststelling van de voorzitter van Nefarma dat generieke producenten die lid zijn van Nefarma nooit hebben overwogen om uit Nefarma te stappen, waarover in de vorige paragraaf gesproken is, blijkt niet langer te gelden. In 1986 vormen parallel-importeurs en generieke producenten een nieuwe belangenvereniging: de Vereniging van Producenten en Distributeurs van Farmaca (Prodifarma), zie figuur 4.3.

Figuur 4.3 De ontwikkeling van belangengroeperingen van producenten (fabrikanten en importeurs) van geneesmiddelen (1985 — 1990)



Een jaar later stappen veel producenten van generieke geneesmiddelen weer uit Prodifarma en richten een eigen belangenvereniging op: de Bond van de Generieke Geneesmiddelen Industrie Nederland (Bogin), hetgeen ook weergegeven is in figuur 4.3. Prodifarma wordt daarmee een belangenvereniging van parallel-importeurs en wat men zou kunnen noemen de onafhankelijke producenten van generica. Dit in tegenstelling tot de zogenaamd afhankelijke producenten van generica, wat de leden van Bogin meestal zijn. Daarmee wordt bedoeld dat de Bogin-leden meestal dochterondernemingen zijn van groothandelaren of fabrikanten van merkgeneesmiddelen. Generieke producenten als Pharmachemie

(OPG), Pharbita (toen Medicopharma nu OPG) en Multipharma (Ciba-Geigy) zijn dan ook tevens lid van Nefarma.

Volgens De Vroom [1990:213] treurde Nefarma niet over de afsplitsing van de (belangen van de) generieke producenten. Het loste het probleem op van het integreren van de belangen van producenten van merkgeneesmiddelen en generica binnen één en dezelfde vereniging. De Bogin wordt dan ook niet als een concurrent gezien, maar meer als een taakspecifieke afsplitsing, waarbij de onderlinge communicatie gewaarborgd is door het feit dat de meeste Bogin-leden ook lid van Nefarma zijn. Prodifarma en Nefarma staan van meet af aan wel tegenover elkaar. De oorzaak daarvan is voornamelijk gelegen in het feit dat Nefarma, zoals ook in de vorige paragraaf duidelijk gemaakt werd, parallel-importeurs ronduit als parasieten op de innovatieve industrie ziet.

Hoewel *de jure* met de oprichting van Prodifarma en Bogin een einde komt aan de alleen-vertegenwoordiging van Nefarma van de producenten en importeurs van geneesmiddelen, blijft zij *de facto* veruit de belangrijkste vertegenwoordiger, ook in termen van de omzet van haar achterban. Nefarma blijft (inclusief haar generieke leden) nog altijd ruim 90% van de omzet van geneesmiddelen in Nederland vertegenwoordigen.

Zoals in paragraaf 4.1.2 al opgemerkt is, staan twee ontwikkelingen centraal in de periode 1985-1989: de afsplitsing van deelbelangen uit Nefarma (waarover de vorige paragraaf handelde) en het Omni-Partijen Akkoord (OPA). Alvorens over te gaan tot de bespreking van het OPA is een goed begrip van kostenbeheersingsbeleid (paragraaf 4.3.2) en de daarvoor gebruikte instrumenten ten behoeve van volume- en prijsbeleid (paragraaf 4.3.3) belangrijk. In paragraaf 4.3.4 wordt een begin gemaakt met de behandeling van het Omni-Partijen Akkoord.

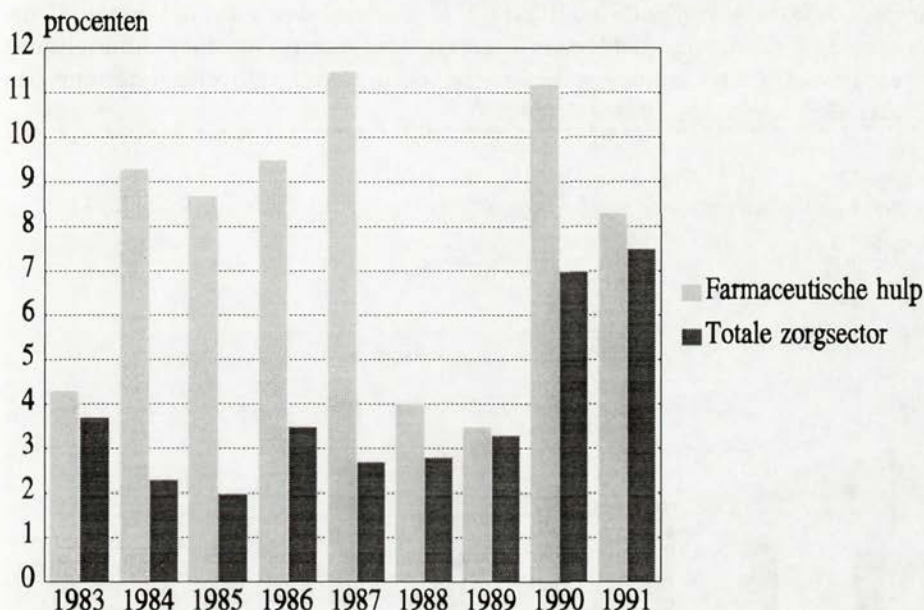
4.3.2 Kostenbeheersing

Een centraal thema in de geneesmiddelensector in de periode 1986 tot en met 1990 blijven de kostenstijgingen van de farmaceutische hulp. Deze kostenstijgingen zijn geen nieuw verschijnsel voor deze periode, zoals te zien is in diagram 4.1.

Voorals ook in de jaren 1984 en 1985 bedraagt de kostenstijging van de farmaceutische hulp een meervoud van de gemiddelde kostenstijging van de totale zorgsector. In deze jaren wordt ook de basis gelegd die later zal leiden tot de ontwikkeling van een ijkprijzensysteem als instrument voor de beheersing van de uitgaven voor geneesmiddelen. Gemiddeld bedroeg de groei van de farmaceutische hulp in de periode 1986-1990 8,1% tegenover een gemiddelde jaarlijkse groei van 3,7% voor de totale zorgsector. De uitgaven voor de farmaceutische hulp en hulpmiddelen namen in vier jaar toe met 37% [FOZ 1992:13-14]. Deze stijging is over deze periode echter niet gelijk verdeeld geweest, zoals ook in diagram 4.1 te zien is. In het 'topjaar' 1987, waarin het verschil tussen de kostenstijgingen van de farmaceutische hulp en de totale zorgsector maximaal was, besluit het kabinet in juli 1987 naar aanleiding van het werk van de Cie. Dekker en de reactie daarop 'Bereidheid tot verandering' (maart 1987), alsmede de Heroverwegingscie. Genees-

middelenvoorziening (juli 1987) tot de invoering van een ijkprijzenvergoedingensysteem. Daarnaast werd gesteld dat (indien nodig) ook beperkende lijsten en centrale prijsonderhandelingen, het bevorderen van substitutie van duurdere door goedkopere preparaten en (zo nodig) een prijsbevrozing tot het nieuwe systeem in werking zou kunnen treden tot de mogelijkheden behoren.

Diagram 4.1 Kostenstijging farmaceutische hulp versus totale zorgsector (1983-1991)



Bron: Algemene Rekenkamer 1992:6.

Na 1987 volgen de jaren 1988 en 1989 die een relatief beheerst beeld laten zien, waarin de kostenstijgingen van de farmaceutische hulp en de totale zorgsector nagenoeg op eenzelfde niveau liggen. In 1990 stijgen de kosten van de farmaceutische weer veel sterker dan die van (het gemiddelde van) de totale zorgsector.

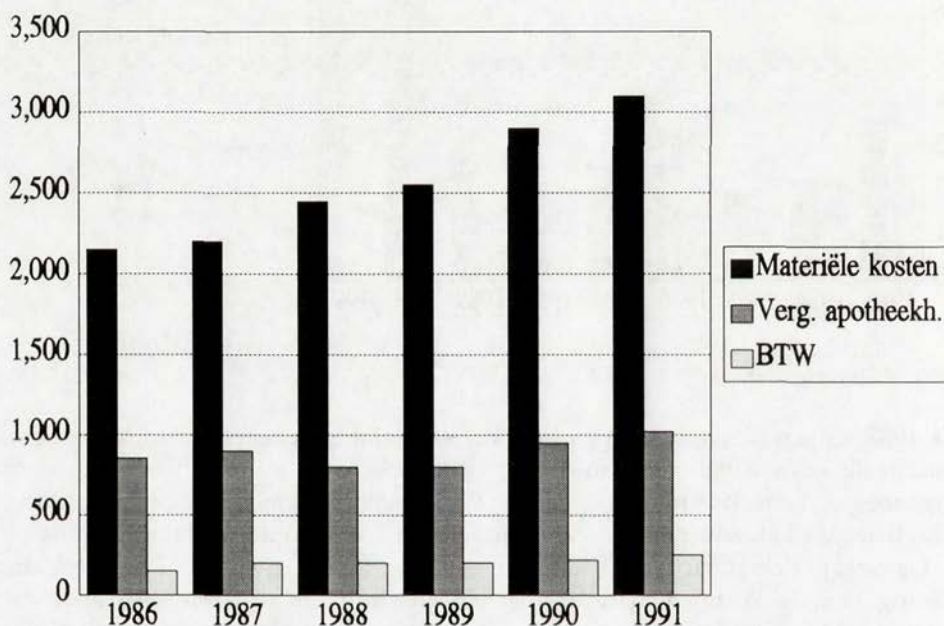
De vraag dringt zich op waardoor een trendbreuk met betrekking tot de stijging van de kosten van de farmaceutische hulp in de jaren 1988 en 1989 ontstond. Daarvoor is het zinnig om eerst de kosten van de farmaceutische hulp op te splitsen in materiële kosten (de kosten die een apotheekhoudende maakt voor de inkoop), de vergoeding voor de apotheekhoudende (het tarief dat de apotheekhoudende mag berekenen) en de BTW. In diagram 4.2 zijn deze kostenposten uitgesplitst voor de jaren 1986-1991.

Wat allereerst opvalt in diagram 4.2 is dat de materiële kosten een steeds belangrijker deel van de kostenopbouw uit gaan maken. In 1986 is deze kostencomponent nog ongeveer twee keer zo groot als die van de vergoeding aan de apotheekhoudenden. In 1991 bestaat 71% van de totale kosten voor de farmaceuti-

sche hulp uit materiële kosten, terwijl het aandeel van de vergoeding aan de apotheekhoudende gedaald is tot 23% van de totale kosten [Algemene Rekenkamer 1993:8]. Relatief gezien worden stijgingen van de materiële kosten dus steeds belangrijker in de periode 1986-1991.

In diagram 4.2 zien we voor de materiële kosten voor 1989 wel een iets beheerster stijging van deze kostencomponent 1989 ten opzichte van 1988, dan voor bijvoorbeeld 1990 ten opzichte van 1989. Toch is de stijging van de materiële kosten van 1986 op 1987 ongeveer even beheerst te noemen en in dat jaar bereikte de kostenstijging van de farmaceutische hulp in vergelijking met de totale zorgsector een hoogtepunt (zie diagram 4.1). Wel duidelijk lager in de jaren 1988 en 1989 was de kostencomponent van de vergoeding aan de apotheekhoudenden, een gevolg van de herziening van de tariefstructuur voor apotheekhoudenden per 1 januari 1988 (zie verder paragraaf 4.3.3).

Diagram 4.2 Kostenopbouw farmaceutische hulp (in miljoenen guldens) (1986-1991)



Bron: Algemene Rekenkamer 1992:8, FOGM 1988 en FOZ 1990 tot en met 1993.

4.3.3 Instrumenten ten behoeve van volume- en prijsbeleid

In eerste instantie zou men geneigd kunnen zijn om de beheersing van de kostenstijgingen in de farmaceutische hulp voor de jaren 1988 en 1989 toe te schrijven

aan effecten van het Omni-Partijen Akkoord (OPA), dat hierna nog uitgebreid aan de orde zal komen. In het vorige hoofdstuk is al gesproken over de instrumenten voor volume- en prijsbeleid die in de laatste tien jaar gehanteerd zijn. Voor de jaren 1988 en 1989 zijn daarbij vijf instrumenten van belang. In het kader van het volumebeleid de negatieve lijsten (vanaf 1982), de eigen-bijdrage-maatregel (1983-1989) en de wettelijke prescriptieregeling (vanaf 1988). In het kader van het prijsbeleid zijn dat de herziening tariefstructuur apotheekhoudenden (vanaf 1988) en het Omni-Partijen Akkoord (1989).

In een evaluatie van deze instrumenten stelt de Algemene Rekenkamer [1992] (zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3.5.4) vast dat voor wat betreft de instrumenten in het kader van het volumebeleid deze niet of nauwelijks hebben bijgedragen aan kostenbeheersing. Voor het instrument negatieve lijsten is geen kwantitatieve doelstelling geformuleerd en dit instrument bevordert de verschuiving naar nieuwe duurdere middelen en werkt dus zelfs kostenverhogend. Met de eigen-bijdrage-maatregel (de medicijn-knaak) wordt ook de beoogde bijdrage aan de structurele ombuiging van de kostenstijging van geneesmiddelen niet gehaald. De maatregel leidde tot grotere hoeveelheden per voorschrift en faalde daardoor behalve als instrument voor prijsbeheersing ook als instrument voor volume-beheersing. Voor de wettelijke prescriptieregeling is ook geen kwantitatieve doelstelling geformuleerd. De maatregel (die de voorschrijfperiode beperkt) leidde ook tot een toename van het aantal voorschriften en daarmee tot verhoging van de kosten voor de vergoeding van apotheekhoudenden. Het effect op de materiële kosten van de geneesmiddelenvoorziening is daarbij niet te achterhalen.

De instrumenten in het kader van het prijsbeleid die hier aan de orde komen zijn, zoals gezegd, de herziening tariefstructuur apotheekhoudenden en het Omni-Partijen Akkoord (OPA).

De herziening tariefstructuur apotheekhoudenden wordt met ingang van 1 januari 1988 ingrijpend gewijzigd met de introductie van een vaste vergoeding per voorschrift (het tarief), de invoering van een stimulans voor goedkoper inkopen en het hanteren van de werkelijke inkoop prijs als basis voor declaratie. Tot 1989 worden (de beoogde) besparingen met dit instrument gehaald, zoals ook te zien is in tabel 4.1.

Tabel 4.1 *Totale kosten vergoeding apotheekhoudenden (in miljoenen guldens)*

Jaar	Totale kosten	Verskil met het voorgaande jaar (in %)
1987	900	
1988	802	- 10,9
1989	798	- 0,5
1990	937	+ 17,4
1991	1031	+ 10,0

Bron: Algemene Rekenkamer 1992:12.

Na 1989 worden door tijdelijke toeslagen de effecten van deze maatregel withheld, terwijl ook het totaal aantal voorschriften voor 1989, 1990 en 1991 steeg van respectievelijk 82 miljoen naar 87 miljoen en 98 miljoen [Algemene Rekenkamer 1992:13]. Voor wat betreft de bijdrage aan de beheersing van de kosten voor de farmaceutische hulp in de jaren 1988 en 1989, blijkt de herziening tariefstructuur apotheekhouden dus gewerkt te hebben. In diagram 4.2 is dit te zien in de relatieve daling van de kostencomponent van de vergoeding apotheekhouden over deze jaren.

Het laatste instrument dat hier nog besproken moet worden is het Omni-Partijen Akkoord, dat als een 'toestaan van zelfregulering', te beschouwen is als een instrument in het kader van het prijsbeleid. Volgens de Algemene Rekenkamer heeft het OPA de beoogde besparing niet gehaald en ook niet bijgedragen aan een structurele beheersing van de kosten, doordat een verschuiving naar nieuwe (duurdere) middelen niet werd tegengegaan. Het OPA heeft wel bijgedragen aan kostenbeheersing – een gedeeltelijke verklaring voor wat hiervoor een iets beheerster stijging van kostencomponent van de materiële kosten voor 1989 ten opzichte van 1988 genoemd is – maar in onvoldoende mate en met averechtse effecten, door interne spanningen en tegenstrijdigheden tussen de diverse componenten binnen het OPA.

4.3.4 Het Omni-Partijen Akkoord (OPA)

De geschiedenis van het OPA begint verscheidene jaren voordat het akkoord op 1 april 1989 ingaat. De toenemende druk vanuit de overheid en vooral de dreiging met de invoering van een ijkprijsensysteem, zoals aanbevolen door de Heroverwegingsgroep Geneesmiddelenvoorziening (1987), versnellen de totstandkoming van het akkoord.

Het voorgestelde ijkprijzenplan komt erop neer dat na een analyse van de te onderscheiden therapeutische deelmarkten van recept-geneesmiddelen, (door farmacologische deskundigen) equivalent geachte geneesmiddelen geclusterd worden, waarna een prijs criterium wordt ingebracht op basis waarvan een rangorde binnen de clusters van geneesmiddelen ontstaat. Met het instellen van een bovengrens aan de vergoeding komen bepaalde (relatief dure) geneesmiddelen in het cluster slechts voor gedeeltelijke vergoeding in aanmerking [De Wolf 1989:631].

Van het ijkprijsensysteem worden relatief grote besparingen verwacht. Het ministerie van WVC verwacht op basis van ijkprijzen cumulatief tot en met 1990 een besparing van 535 miljoen gulden te kunnen realiseren. Deze besparing is onder andere zo hoog omdat ijkprijzen meehelpen om de verschuiving van goedkopere naar duurdere merk-geneesmiddelen – één van de belangrijkste oorzaken van de jaarlijkse kostenstijgingen – te beperken [FOZ 1988].

De Ziekenfondsraad oordeelt in 1987 negatief over het ijkprijsensysteem, wanneer zij door de staatssecretaris van WVC om advies gevraagd wordt over de inhoud en haalbaarheid van een ijkprijzenplan. Daarbij is het van belang om even stil te staan bij de ingangen die de verschillende belangengroeperingen in de

geneesmiddelensector bij de Ziekenfondsraad hebben. Allereerst heeft de voorzitter van Nefarma Sanders, in de periode die in deze studie bekeken wordt, als plaatsvervangend lid en als lid van de Ziekenfondsraad gefungeerd, niet namens Nefarma, maar als werkgeversvertegenwoordiger. De KNMG (artsen), de KNMP (apothekers) en de zorgverzekeraars (VNZ, KLOZ, KPZ) hebben vaste plaatsen voor vertegenwoordigers van hun organisaties in de Ziekenfondsraad. Daarnaast hebben vertegenwoordigers van de artsen- en apothekersorganisaties als leden, alsmede Nefarma (een adviserend lidmaatschap als wetenschappelijk adviseur met betrekking tot het farmaceutisch bedrijfsleven) zitting in de Centrale Medische Pharmaceutische Commissie (CMPC), een belangrijke vaste commissie van de Ziekenfondsraad die terzake adviezen uitbrengt met betrekking tot hun werkgebied en dus ook een advies uitbracht ten aanzien van de invoering van een ijkprijsensysteem. De CMPC beoordeelt bij haar adviezen de farmacotherapie zowel op medische- als op economische gronden [Blauwdruk 8 1990:13]. Duidelijk is daarmee dat de belangenorganisaties van diverse ingangen bij de Ziekenfondsraad verzekerd zijn.

De Ziekenfondsraad [1987:advies 373] oordeelt dat het plan zowel beleidsmatig als praktisch problematisch is. De consument zal financieel nadeel ondervinden van het on-economisch voorschrijfgedrag van de arts en bij het uitschrijven van een recept zal niet altijd even duidelijk zijn of een bijdrage moet worden betaald. Deze bezwaren kunnen evenwel ondervangen worden door het voorschrijven met generieke namen, wat echter wel een merk-inbreuk betekent. Daarnaast betekent een ijkprijsensysteem extra werk bij arts en apotheek en is het systeem patiënt-onvriendelijk. De patiënt wordt in een onderhandelingspositie gedwongen ten opzichte van arts en apotheek en kan geneesmiddelen, afhankelijk van zijn keuze, niet altijd zonder bijbetaling krijgen [De Wolf 1989:631].

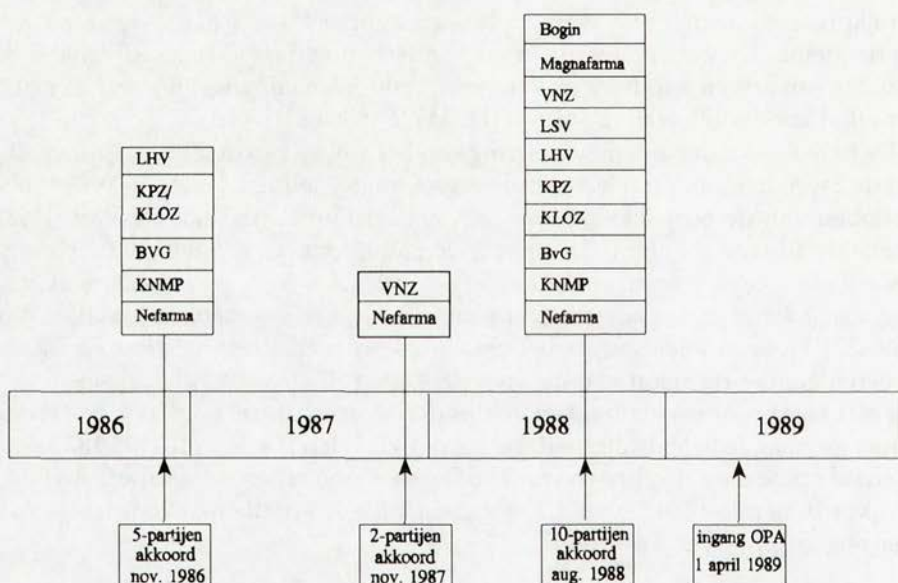
De twijfels — onder andere als gevolg van het advies van de Ziekenfondsraad — van de Tweede Kamer om het ijkprijsensysteem te steunen, leiden in 1987 tot het vastlopen van de ontwikkeling van een geneesmiddelenbeleid. De Wolf [1989] schetst de situatie als volgt: *'De grote spelbepalende fracties spraken een voorkeur uit voor een plan, dat op consensus van de partijen, betrokken bij de geneesmiddelenvoorziening, kon rekenen boven een overheidsplan, dat op veel tegenstand stuit'* [De Wolf 1989:632]. Hoewel staatssecretaris Dees een ijkprijsensysteem wil, kan hij dit niet invoeren zonder de steun van de Tweede Kamer. Daarnaast is het systeem zelfs nog niet klaar voor invoering. Het veld is dan al druk doende de door de Tweede Kamer gevraagde beleidsalternatieven te ontwikkelen [De Kruijff 1993:187]. Anticiperend op de ontwikkelingen wordt zelfs eind 1986 al een eerste alternatief voor een ijkprijsensysteem aangereikt, het zogenaamde vijf-partijen-akkoord, waarover later nog gesproken zal worden.

De Kruijff [1993:186-187] identificeert vier directe belanghebbenden met betrekking tot de kostenbeheersing door middel van ijkprijzen. Nefarma, de Bogin, Prodifarma en de overheid. Wij zouden, in het kader van kostenbeheersing, daar de KNMP nog aan toe willen voegen, waardoor gesproken kan worden over vijf directe belanghebbenden.

De belangen van de bij Nefarma aangesloten bedrijven worden direct bedreigd door een ijkprijsensysteem, terwijl Nefarma door de overheid gezien wordt als dé woordvoerder van de farmaceutische industrie of zelfs de geneesmiddelensector. De Bogin vaart waarschijnlijk wel bij de invoering van een ijkprijsensysteem. Sinds de nieuwe tariefstructuur voor apothekers met ingang van 1 januari 1988 is ingevoerd, bemerken generieke producenten omzetting als gevolg van de grotere bereidheid tot substitueren door apothekers als gevolg van de stimulanspremie van een derde van het prijsverschil bij goedkoper inkopen. Een ijkprijsensysteem zou de substitutie nog verder stimuleren. Ook de generieke producenten en parallel-importeurs binnen Prodifarma zouden profiteren van ijkprijzen en de overheid (het kabinet) heeft in principe al gekozen voor een ijkprijsensysteem. Zoals de voorzitter van Nefarma het uitdrukte: *'De regering acht reeds lang een systeem van ijkprijzen het meest geschikte instrument om de kosten van geneesmiddelen te beheersen'* [Sanders 1991:7].

Zoals hierboven al opgemerkt is, maakt de beleidsimpasse die ontstaat doordat de Tweede Kamer een ijkprijsensysteem niet voldoende steunt het onmogelijk om dit in te voeren. De vorming van een akkoord is dan al enige tijd in voorbereiding. Deze ontwikkeling is weergegeven in Figuur 4.4.

Figuur 4.4 Ontwikkelingen in het geneesmiddelenbeleid in Nederland in de periode 1986-1989: Het Omni-Partijen Akkoord; het gedogen van zelfregulering



In november 1986 begint de voorgeschiedenis van het OPA met de totstandkoming van het zogenaamde vijf-partijen-akkoord tussen de LHV, KLOZ/KPZ, BvG, KNMP en (de belangrijkste initiatiefnemer) Nefarma. Door de staatssecreta-

rissen Dees (WVC) en Evenhuis (EZ) wordt dit afgewezen met als voornaamste reden het ontbreken van de VNZ als één van de partijen. Het twee-partijen-akkoord van november 1987, tussen de VNZ en Nefarma wordt ook afgewezen omdat het inhoudelijk niet sterk gevonden wordt. In de tweede helft van 1987 wordt intensief overlegd en gepoogd het veld van actoren op één lijn te krijgen. Het Tweede Kamerlid Nijhuis (VVD) ijvert bijzonder hard voor de totstandkoming van een akkoord. De Bogin die toch veel te verwachten heeft van ijk-prijzen, doet mee aan het akkoord. Prodifarma blijft tot het laatst mee-onderhandelen, maar tekent het akkoord uiteindelijk niet. Een tien-partijen-akkoord (onder de naam Omni-Partijen Akkoord) wordt uiteindelijk in augustus 1988 ondertekend en in november 1988 door de staatssecretarissen van WVC (Dees) en EZ (Evenhuis) geaccepteerd. De ondertekenaars van het tien-partijen akkoord i.c. het Omni-Partijen Akkoord worden in figuur 4.5 opgesomd.

Figuur 4.5 Ondertekenaars van het Omni-Partijen Akkoord

Belangengroepering	Voor
Bogin	(producenten en handelaren in generica)
Magnafarma	(een grote parallel-importeur)
VNZ	(ziekenfondsen)
LSV	(medisch specialisten)
LHV	(huisartsen)
KPZ	(ambtelijke ziektekostenverzekeraars)
KLOZ	(particuliere ziektekostenverzekeraars)
BvG	(groothandelaren)
KNMP	(apothekers)
Nefarma	(producenten en importeurs van specialité's)

De ondertekening van het OPA door zo'n grote groep van organisaties met vaak tegengestelde belangen kan gezien worden als een unicum. De motivatie van individuele organisaties om aan het OPA deel te nemen kan voor wat betreft de Bogin, aldus De Wolf [1989:632], verklaard worden uit het feit dat de leden-ondernemingen binnen de Bogin voornamelijk dochters van groothandelsondernemingen zijn. De generieke producenten Pharmachemie en Pharbita zijn beiden 100% dochters van respectievelijk de groothandelaren OPG en Medicopharma, welke beide lid zijn van de BvG. De generieke producent Multipharma is een volle dochter van de producent van merkgeneesmiddelen Ciba-Geigy, een lid van Nefarma. Op het eerste gezicht lijkt de ondertekening van het OPA door Magnafarma, die zich met parallel-import inlaat en het enige bedrijf is dat het OPA ondertekende, ook vreemd. Magnafarma is echter een dochter-onderneming van Brocacef (die als groothandel lid is van de BvG). Brocacef is dan een gezamenlijke onderneming van de producenten Gist-Brocades en ACF, die beide lid zijn van Nefarma [De Wolf 1989:632]. De ondertekening door Magnafarma lijkt echter te moeten fungeren als een fiat van de parallel-importeurs naar het OPA toe te zijn. Dat deze groep zich niet gelukkig voelt met het OPA, blijkt wel duidelijker uit de

protesten van Prodifarma, waarop we later nog zullen terugkomen. Deze belangengroepering, waarvan veel parallel-importeurs deel uitmaken, wilde het OPA niet ondertekenen.

Inhoudelijk waren de voornaamste punten van het OPA:

- 1) Een prijsverlaging van 3% door het verlagen van de groothandelsinkoopprijzen (voor specialité's) naar het niveau van 1 maart 1986;
- 2) Een verdere prijsdaling van 3% door het verlagen door de Nefarma-leden van de groothandelsinkoopprijzen;
- 3) Geen prijsverhogingen tot 1 januari 1991 en nu al de afspraak dat daarover later geen compensatie gegeven zal worden;
- 4) De bruto-marge van de leden van de Bond van Groothandelaren wordt met 1% verlaagd;
- 5) De stimulanspremie voor apothekers wordt verlaagd van 33,3% naar 15% en de maximaal door het COTG toegestane inkoopkorting voor apothekers wordt verhoogd van 2% naar 4%;
- 6) Voor nieuwe produkten gaan (gemiddelde) Euro-prijzen gelden;
- 7) Een structurele ombuiging van 385 miljoen wordt voor 1990 gegarandeerd [Sanders 1991:10] [De Wolf 1989:632].

In het Omni Partijen Akkoord wordt gesteld dat dit een alternatief vormt voor het voorgenomen overheidsbeleid, gedragen door alle schakels in de bedrijfskolom, beter uitvoerbaar dan de voorgenomen overheidsmaatregelen (ijkprijzen: hs) en meer geëigend om tot bezuinigingen in de kosten van de geneesmiddelenvoorziening te komen [OPA 1988:1]. Gedurende de looptijd van het akkoord – minstens één jaar – is er geen rechtvaardiging meer aanwezig voor structurele overheidsmaatregelen met betrekking tot bezuinigingen op het terrein van de geneesmiddelenverstrekking, aldus de partijen van het OPA. Er is dus geen aanleiding voor het invoeren van een ijkprijsensysteem [OPA 1988:5].

4.3.5 Bezwaren tegen het Omni-Partijen Akkoord

Tegen het Omni-Partijen Akkoord wordt zowel tijdens de voorbereidingsfase als na de ondertekening en acceptatie van het akkoord heftig geprotesteerd. Zo dient bijvoorbeeld bij Nefarma veel werk verzet te worden om binnen de eigen organisatie op één lijn te komen. Mede met behulp van een, in opdracht van Nefarma uitgevoerde haalbaarheidsstudie, komen na veelvuldig overleg binnen en tussen de bedrijven en met de buitenlandse hoofdkantoren de leden op één lijn [De Kruijff 1993:187-188]. Toch blijven er individuele bedrijven, zoals Eli Lilly Nederland en Novo/Nordisk, die medewerking aan het OPA weigeren. Dat het Nefarma ernst is met het OPA blijkt uit de handelwijze ten opzichte van de insuline-producenten. Als Novo/Nordisk (als bijna-monopolist) niet mee wil werken aan prijsverlaging conform het OPA, wordt het bedrijf als lid van Nefarma geroyeerd. Hiermee wordt ook gelijk een zwakte van het OPA zichtbaar: er zijn onvoldoende sanctiemogelijkheden beschikbaar. De voorwaarden van het

akkoord die niet onder COTG-richtlijnen geregeld zijn, zoals de prijsverlaging, zijn niet bindend voor de leden-bedrijven [De Kruijff 1993:190].

Prodifarma onderneemt juridische stappen tegen het OPA, zowel voor de Nederlandse rechter als bij de Europese Commissie. In december 1988 verwerpt de Europese Commissie het OPA. De Nederlandse rechter blokkeert in diezelfde maand het OPA niet, ondanks de afwijzing van de Europese Commissie. Op 1 januari 1989 kan het OPA nu niet ingaan, maar een intensieve lobby resulteert in maart 1989 in de toezegging van Europese zijde dat het OPA van start kan gaan. Op proef voor de duur van een jaar, waarbij de in het OPA voorgestelde verlaging van de stimulanspremie tot 15% (was 33,3%) teruggebracht wordt tot 20% [De Kruijff 1993:189].

Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) heeft de nieuwe tariefstructuur met een stimulans voor substitutie ingevoerd. De Kruijff [1993:189] beschrijft dat het secretariaat van het COTG in een geheim rapport, waarover de OPA-partijen en de overheid worden gehoord, vaststelt dat het veranderen van de richtlijnen ten aanzien van de stimulans en de kortingen, zoals voorgesteld in het OPA, een averechts effect zal hebben op het beleid. Dat wil zeggen op het afleveren van goedkope geneesmiddelen en de controle op de kortingen die apothekers ontvangen. Daarnaast zegt het COTG, net als Prodifarma, dat de berekeningen in het OPA niet deugen en de bezuinigingen niet gehaald zullen worden. De omzet van merkgeneesmiddelen zal stijgen en de substitutie met generieke en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen zal afnemen. Nadat de beslissing in maart 1989 gevallen is dat het OPA een jaar mag draaien staakt ook het COTG haar verzet.

De Bogin voelt zich toch benadeeld binnen het OPA en begint in de pers uiting te geven aan ongenoegen, omdat de prijzen van specialité's 'gedifferentieerd' verlaagd worden. In het akkoord wordt alleen gesproken over een gemiddelde prijsverlaging, waarbij vanuit de Europese Commissie wel om enige differentiatie in de prijsverlagingen gevraagd was. In de praktijk blijken alleen die specialité's waarvoor generieke alternatieven op de markt zijn in prijs verlaagd te worden [De Kruijff 1993:189]. De Bogin volgt wel een twee-sporen strategie en in juni 1989 komt een door de Bogin gesponsord onderzoek uit over de mogelijke besparingen die substitutie met generieke geneesmiddelen zou kunnen opbrengen.

In dit onderzoek, uitgevoerd door wetenschappers van de Erasmus Universiteit, wordt berekend dat er een zogenaamde *generic opportunity* (de maximale substitutie-omvang) van zeker 75% van alle geneesmiddelen op de Nederlandse markt bestaat. De potentiële omvang van de generieke geneesmiddelenmarkt wordt geschat op ruim één miljard gulden, waarvan 200 tot 300 miljoen gulden op dat moment gerealiseerd is. Daarnaast zullen tot 1993 nog geneesmiddelen met een omzet van ruim 400 miljoen gulden uit patent gaan [Lageweg e.a. 1989:11]. Generieke geneesmiddelen zijn ongeveer 25% goedkoper dan merkgeneesmiddelen en bij een maximale substitutie met generieke geneesmiddelen is een (extra)

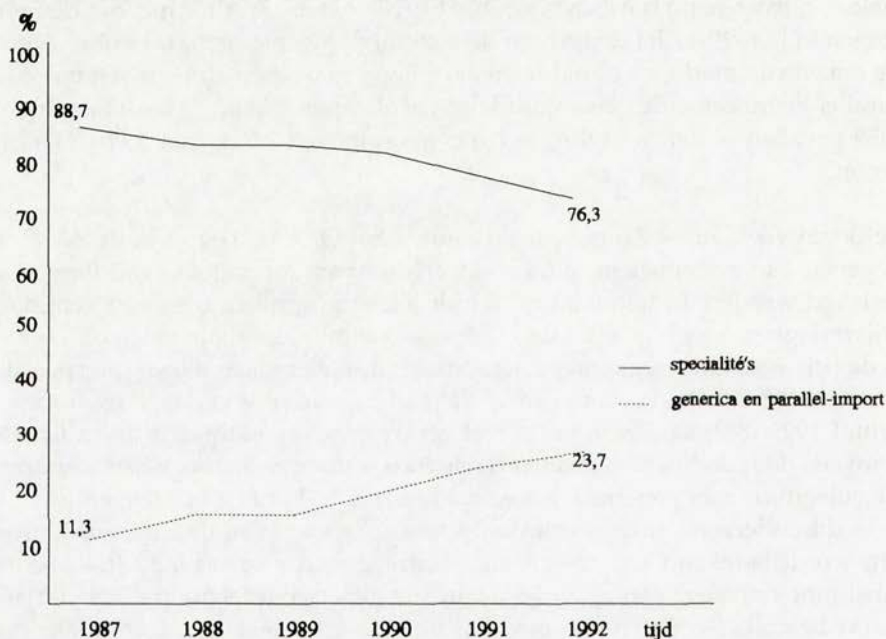
besparing bij maximale substitutie mogelijk tot 400 miljoen gulden in 1993 [Lageweg e.a. 1989:12].

Op het moment dat het OPA van start gaat is het veld onrustig. Het CDA/VVD kabinet is net gevallen. De KNMP (apothekers) en de VNZ (ziekenfondsen) zijn het oneens over de stimulanspremie en het doorgeven van kortingen en de Economische Controle Dienst (ECD) onderzoekt apothekers op verdenking van fraude.

4.3.6 Het naderende einde van het Omni-Partijen Akkoord

Eind december 1989 dreigen de staatssecretarissen van Volksgezondheid en Economische Zaken bij een tussentijdse evaluatie van het OPA al met de invoering van ijkprijzen voor geneesmiddelen. Van de toegezegde 385 miljoen gulden lijkt op dat moment slechts 280 te kunnen worden gehaald. In maart 1990 zal dan een tweede (definitieve) evaluatie volgen.

Figuur 4.6 Substitutedreiging — Marktaandelen voor specialité's, generica en parallel-import, Nederland (1987-1992)



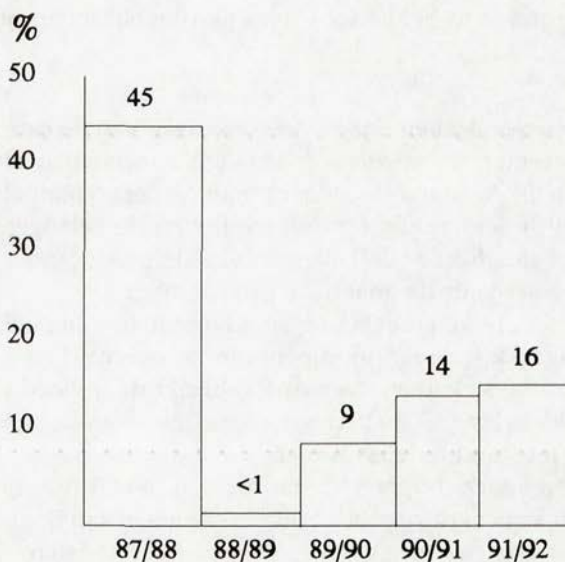
Bron: Geneesmiddelenbrief 1993:9.

Als één van de belangrijkste redenen voor het niet halen van de beoogde bezuiniging wordt de geringe groei van de markt voor generieke geneesmiddelen genoemd. De parallelhandel in geneesmiddelen is wel gegroeid in deze periode. Uit figuur 4.6 blijkt inderdaad dat de substitutiedreiging in 1988-1989 afgenomen is.

Als reden voor de geringe substitutie met generieke geneesmiddelen wordt de te lage stimulanspremie voor apothekers genoemd. Vóór het OPA lag deze op een derde van het prijsverschil tussen het duurdere en goedkopere middel. In het Omni-Partijen Akkoord wordt de stimulanspremie beperkt tot in eerste instantie 15% en alsnog later op 20% gebracht. Nog duidelijker is het inzakken van de substitutie van merkgeneesmiddelen door generica en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen te zien wanneer we kijken naar de groeipercentages, zoals weergegeven in Figuur 4.7.

Het ongeëvenaarde groeipercentage van 45% voor 1988 ten opzichte van het voorgaande jaar wordt gevolgd door een bijna stilstand voor het jaar 1989 (1 april 1989 is het OPA van start gegaan) ten opzichte van 1988. In de jaren tot 1992 ziet men in Figuur 4.7 dat de groeipercentages voor generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen weer langzaam groter beginnen te worden. Nadat de substitutie ingezakt is, als gevolg van de effecten van het OPA, duurt het enige tijd voordat de substitutie van specialité's door generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen zich herstelt.

Figuur 4.7 Groeipercentages van generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen (1988 - 1992)



Bron: Op basis van de Geneesmiddelenbrief 1993:9.

Blijkbaar ontvingen apothekers dusdanig interessante kortingen op merkgeneesmiddelen, dat een stimulanspremie van 20% te laag was om hen te bewegen tot substitutie met generica. Een effect dat nog versterkt werd door de verhoging van de apothekerskortingen naar 4%. De beperking van de stimulanspremie was voor de producenten van geneesmiddelen, vertegenwoordigd door Nefarma, een succesvolle strategie, omdat als gevolg hiervan de sterke groei van de markt voor generieke geneesmiddelen volledig inzakte. Zo was de deelname aan het OPA voor de producenten van generieke geneesmiddelen, vertegenwoordigd door de Bogin, een strategie die resulteerde in de beschadiging van het eigen marktaandeel.

4.3.7 Afsluiting

Centrale ontwikkelingen in de periode 1986-1989 zijn, zoals we in deze paragraaf gezien hebben, de opsplitsing binnen de belangenbehartiging van producenten van geneesmiddelen, een blijvende en zelfs toenemende zorg met betrekking tot de kostenstijgingen van de farmaceutische hulp en daaruit voortvloeiend de plannen voor een ijkprijzenvergoedings-systeem en als reactie daarop het Omni-Partijen Akkoord. Het Omni-Partijen Akkoord is in de periode 1986-1989 te beschouwen als het meest op de voorgrond tredende instrument voor kostenbeheersing. Hoewel het OPA geen instrument van overheidsbeleid geweest is in de gebruikelijke zin van het woord, kan de keuze voor het laten van een ruimte voor zelfregulering – gekoppeld aan onderhandelingen over de voorwaarden waaronder – wel beschouwd worden als een keuze voor een bepaalde aanpak i.c. een bepaald instrument in het kader van het kostenbeheersingsbeleid.

Doelen en middelen

Samenvattend kan men stellen dat de doelstellingen van de drie belangenverenigingen van producenten ten aanzien van het OPA uiteenliepen. Het gemeenschappelijke doel: het OPA, stond tegenover niet-gemeenschappelijke doelen, die rechtstreeks terug te leiden zijn op de functie van de belangengroeperingen in kwestie. Nefarma streeft voor de belangen van de producenten van specialité's, terwijl de Bogin staat voor de generieke producenten.

Nefarma was een sterke voorstander en advocaat voor het OPA en hoopte met een zelfreguleringsakkoord een ingrijpen van de overheid met behulp van een ijkprijzensysteem te voorkomen. Nefarma gebruikt de invloed i.c. het gezag dat zij heeft als één der belangrijkste vertegenwoordigers van de geneesmiddelensector om het OPA tot stand te laten komen.

De Bogin is een voorzichtiger voorstander van het OPA te noemen. De zogenaamde afhankelijke generieke producenten – de leden van Bogin, veelal dochters van groothandelaren of producenten van merkgeneesmiddelen – kunnen zich niet van het OPA afwenden, maar volgen daarnaast een tweede spoor, gekoppeld aan het niet-gemeenschappelijke doel van het opkomen voor de belangen van de generieke producenten. De Bogin volgt, naast de deelname aan het OPA, een stra-

tegie waarmee het belang van de generieke substitutie en de besparingen die dat kan opleveren benadrukt wordt.

Prodifarma (onafhankelijke producenten van generieke geneesmiddelen en parallel-importeurs) is ronduit een tegenstander van het OPA en probeert het akkoord dan ook te voorkomen, waarbij vooral juridische acties in Nederland en voor de Europese Commissie geschikte middelen geacht worden.

Het voornaamste effect van het OPA, uitstel van de invoering van een ijkprijzen-systeem, heeft Nefarma voordeel opgeleverd, in die zin dat de nadelige effecten van een ijkprijzensysteem voor producenten van merkgeneesmiddelen in ieder geval uitgesteld werden. Zelfs als men het OPA slechts als een poging van Nefarma zou beschouwen om de invoering van een ijkprijzensysteem te vertragen, dan is deze strategie succesvol te noemen. Men zou zelfs kunnen zeggen dat het niet-gemeenschappelijke doel van Nefarma: het zoveel mogelijk in stand houden van de hoogte van de prijzen voor specialité's, bereikt werd met behulp van een gemeenschappelijk middel: het OPA. Het is daarbij niet met zekerheid te zeggen of het middel van het zogenaamd 'gedifferentieerd' verlagen van de prijzen van specialité's – verlaging van de prijzen van die specialité's waarvoor generieke alternatieven bestonden – een beoogd- danwel een neveneffect is geweest. Zeker is dat het voor de leden van de Bogin en Prodifarma een averechts effect tot gevolg heeft gehad.

De positie van de producenten van specialité's ging er in termen van (een afnemende) substitutiedreiging als gevolg van effecten van het OPA op vooruit. Het groeipcentage van 45% van generica en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen in 1988 ten opzichte van het voorgaande jaar zakt in 1989 ten opzichte van 1988 ineen tot minder dan 1%, om slechts langzaam weer te groeien in de jaren daarna (zie figuur 4.7). Zowel de Bogin als Prodifarma hebben door het inzakken van de substitutiedreiging, als gevolg van het OPA, dus averechtse effecten van het OPA ondervonden. Van zowel de Bogin als Prodifarma zou men een verzet tegen het OPA verwacht hebben. De Bogin blijft echter bij het OPA, ondanks de zich steeds duidelijker aftekenende tendens dat door het OPA haar marktaandeel – vooral gezien in het perspectief van de groei in de jaren voor het OPA – ernstig beschadigd wordt. Alleen Prodifarma heeft zich verzet en haar voorspellingen over de effecten van het OPA zijn grotendeels uitgekomen [Pharmaceutisch Weekblad 1990:447].

Invloed: de zesde concurrentiekracht

In termen van determinanten van invloed, die ten grondslag liggen aan wat wij in deze studie de zesde concurrentiekracht 'de invloed van belangengroeperingen' genoemd hebben, steunt de totstandkoming van het OPA grotendeels op het gezag dat Nefarma geniet in de geneesmiddelensector. De relaties die Nefarma heeft in het veld, gebaseerd op haar positie en overtuigingskracht worden ten volle benut. Met de totstandkoming van het OPA ontstaat tevens een legitimiteitsrelatie, het OPA bestaat uit afspraken tussen tien partijen. Al in een vroeg stadium – bijvoorbeeld wanneer producenten de afspraken voor prijsverlaging negeren – blijkt echter ook de zwakte van een zelfreguleringsakkoord i.c. het OPA. Er

bestaan geen wezenlijke sanctiemogelijkheden om uitvallers te treffen. *Free-riders* gedrag kan financieel interessant zijn en kan nauwelijks worden voorkomen. Hiermee is Nefarma eind 1989 de hoeder van een akkoord, waaraan in toenemende mate de positie en het prestige van de vereniging verbonden worden om haar gezagsrelatie ten volle te benutten om het OPA bijeen te houden. Nefarma presenteert zich als onlosmakelijk met het OPA verbonden en loopt daarmee gevaar bij een mislukken van het OPA haar centrale positie in de geneesmiddelensector te verliezen.

Gezien vanuit een breder perspectief – de ontstane bereidheid tot zelfregulering in de geneesmiddelensector – zoekt De Kruijff [1993:183] onder andere een verklaring voor het mislukken van het OPA met behulp van neo-corporatistische theorie. Onder de dreiging van overheidsingrijpen zullen belangenorganisaties met de overheid willen onderhandelen en de overheid op zijn beurt met de belangenorganisaties, om het traineren van overheidsbeleid te voorkomen. De overheid kan beleidstaken delegeren aan belangengroeperingen, mits het beleid het algemeen belang dient. Bij zelfregulering wordt verwacht dat de belangen van overheid en belangengroeperingen samenvallen met het algemeen belang. De reden hiervoor is dat van actoren verwacht wordt dat zij op de lange termijn rationele belangen nastreven. In plaats van het optimaliseren (*optimizing*) van hun belangen zullen zij genoeg nemen met voldoening (*satisfying*) van hun belangen. De Kruijff [1993:183-184] noemt een overeenkomst als het OPA niet meer dan een *gentlemen's agreement*. Zowel de overheid als de belangenorganisaties kunnen op elk moment uit zo'n overeenkomst stappen. De overheid heeft daarbij als extra middel de mogelijkheid om de toegang tot het mede vorm geven aan het beleid voor de belangengroeperingen te blokkeren. De belangenorganisatie maakt zich door onderhandeling en de ruil die ontstaan is afhankelijk van de overheid en haar achterban en veel gevoeliger voor sancties vanuit de overheid.

De (leden van) belangengroeperingen als Nefarma en Bogin nemen geen genoeg met het voldoen van belangen voor hun eigen achterban. Ze blijven toch (ook) optimaliseren, dat wil zeggen, ze concentreren zich steeds minder op de beoogde effecten van het gemeenschappelijke doel. De beoogde- en neven-effecten van de niet-gemeenschappelijke doelen blijken in de praktijk toch aantrekkelijker te worden, waardoor zelfregulering onvoldoende werkt, in die zin dat de beoogde besparingen (in het kader van het algemeen belang van kosten-beheersing) niet gehaald worden.

De *indirecte* invloed van de belangengroeperingen op de intensiteit van de concurrentie komt in de periode 1986-1989 duidelijk naar voren in termen van het inzakken van de substitutiedreiging, als gevolg van de afspraken binnen het OPA (zie paragraaf 4.3.6). Centraal hierin staan afspraken uit het OPA als de verlaagde stimulanspremie voor apothekers en de verhoging van de ruimte voor kortingen aan apothekers. Dit leidde ertoe dat bij apothekers de geneigdheid tot substitueren afnam en in termen van de relatieve prijs van een substituum – dat wil zeggen in termen van de opbrengst voor de apothekers van het wel of niet substitueren – het financieel interessanter werd om merkgeneesmiddelen af te leveren, in plaats van generieke- of parallel-geïmporteerde geneesmiddelen. De determinanten van

de concurrentiekracht van de dreiging van substituten 'geneigdheid tot substitueren' en 'de relatieve prijs van een substituuut', die in hoofdstuk 3 bij de bespreking van de *industry* voor apothekers in het algemeen gesproken 'rechts' – dus substitutiedreiging verhogend – werden ingedeeld, schuiven in deze context naar 'links' en werken substitutiedreiging verlagend en dragen daarmee bij aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.3, figuur 3.2.2).

De *directe* invloed van de belangengroeperingen op de intensiteit van de concurrentie komt tot stand door de effecten die de afspraken van het OPA op het microniveau, voor de winstgevendheid van ondernemingen hebben. Door het al eerder genoemde *free-rider* gedrag van de OPA-partners en de korte periode waarin het OPA actief was, zijn de effecten op dit niveau moeilijker te duiden, maar afspraken als de 3% prijsverlaging van de groothandelsinkoopprijzen voor specialité's en het verlagen van de bruto marge van de (volgesorteerde) groothandel hebben directe gevolgen voor de individuele producenten en groothandelsondernemingen. De invloed van belangengroeperingen, waarbij de determinant gezag als centrale determinant genoemd en besproken is, grijpt middels de in het kader van het OPA gemaakte afspraken direct in op de intensiteit van de concurrentie en daarmee op de winstgevendheid van bedrijven. De reactie hierop van bijvoorbeeld producenten van specialité's – de vorm van de gedifferentieerde prijsverlaging, dat wil zeggen alleen verlaging van de prijzen van die merkgeneesmiddelen waarvoor generieke alternatieven bestaan – is het gevolg hiervan, waarbij op zich wel weer (indirect) een reactie tot stand komt via de beïnvloeding van determinanten van de concurrentiekracht van de dreiging van substituten. Door beïnvloeding van bijvoorbeeld de geneigdheid tot substitueren van apothekers wordt geprobeerd de winstgevendheid van de individuele onderneming op peil te houden.

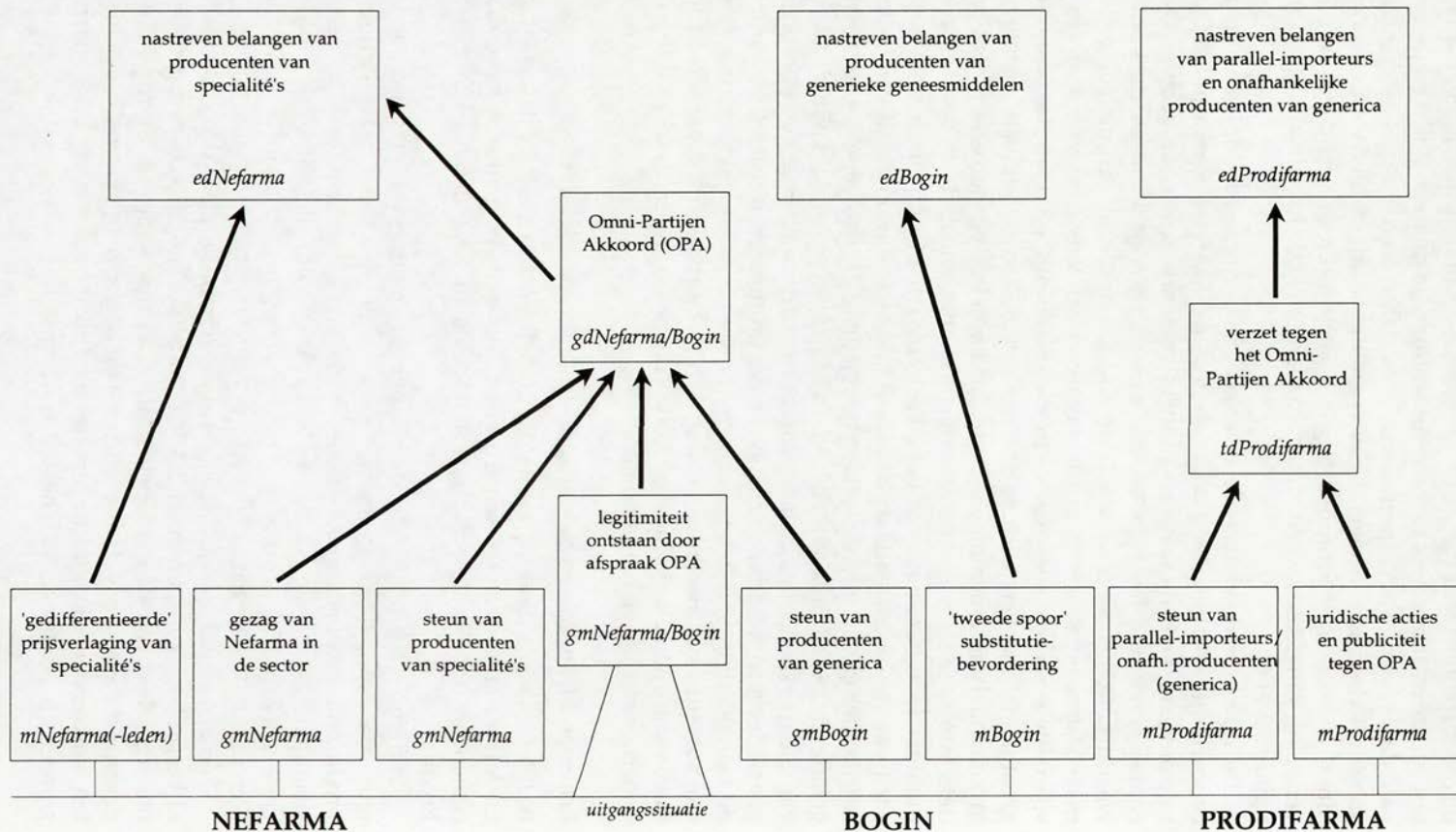
Een meer-actoren schema voor de casus in de periode 1986-1989

In figuur 4.8 zijn de ontwikkelingen in de periode 1986-1989 ten aanzien van het OPA in een meer-actoren-schema gezet, met de belangenvereniging voor producenten en importeurs van geneesmiddelen in Nederland: Nefarma, Bogin en Prodifarma.

In figuur 4.8 is te zien dat de belangengroepering van producenten en importeurs van specialité's, Nefarma en de Bogin, de belangenbehartiger van de producenten van generieke geneesmiddelen, beiden het Omni-Partijen Akkoord steunden. De centrale positie van Nefarma valt op, alleen door de middelen voor gemeenschappelijk gebruik (*gm*) ten behoeve van het Omni-Partijen Akkoord die Nefarma in kan zetten.

Een gemeenschappelijk doel (*gd*) als het Omni-Partijen Akkoord is echter, zoals al besproken is in paragraaf 2.1.5 (hoofdstuk 2) altijd een partiële doelstelling, ondergeschikt aan de einddoelen (*ed*) van organisaties. In figuur 4.8 is weergegeven dat zowel de Nefarma-leden als de Bogin niet-gemeenschappelijke middelen aanwenden die directer op het einddoel gericht zijn. Dit ondergraaft een gemeenschappelijk doel als het OPA, wanneer daarin tegenstrijdigheden bestaan.

Figuur 4.8 Een meer-actoren-schema voor Nefarma, Bogin en Prodifarma; belangrijke ontwikkelingen in de periode 1986-1989: het Omni-Partijen Akkoord (OPA)



We concluderen dat wanneer een gemeenschappelijk doel en de einddoelen strijdig zijn naar inhoud en/of effect, zelfregulering in een situatie als binnen het OPA niet mogelijk is. De Bogin zag in de effecten van het OPA geen resultaat met betrekking tot haar einddoel en een pijn van het gemeenschappelijk doel van Nefarma en Bogin naar Bogin's einddoel ontbreekt dan ook.

Het OPA had alleen een positief effect op het einddoel van Nefarma, bijvoorbeeld in die zin dat het gemiddelde prijsniveau van specialité's op een redelijk hoog niveau bleef en de substitutie met generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen inzakte.

De gedifferentieerde prijsverlaging van specialité's – alleen voor producten met generieke alternatieven – moet niet gezien worden als een middel dat door Nefarma aangewend is. Met als enige instrument (de dreiging met) royement heeft Nefarma wel geprobeerd de leden-bedrijven in het gareel te houden. Novo/Nordisk werd geroyeerd omdat zij niet aan het OPA wilde deelnemen. Nefarma had – los van de vraag of men dat ook wilde – de middelen niet om bijvoorbeeld zo'n gedifferentieerde prijsverlaging te voorkomen.

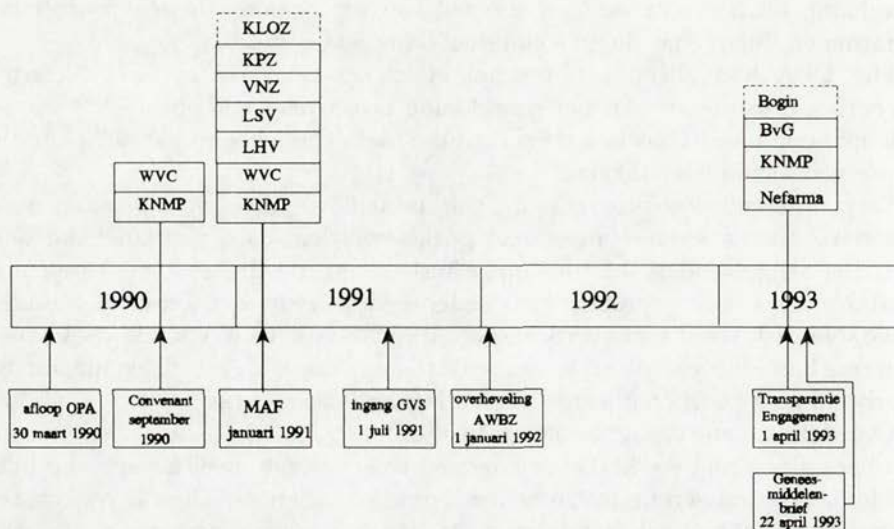
Ook deze situatie draagt bij aan de visie dat zelfregulering – zoals in het kader van het OPA – niet werkt. De belangenorganisaties zijn meer aanspreekpunten c.q. fora, maar missen de instrumenten om ten aanzien van door hen gemaakte afspraken bij het niet naleven daarvan effectief te kunnen sanctioneren. Derhalve mag men niet teveel verwachten van afspraken die niet (tevens) wettelijk vastgelegd zijn en gecontroleerd en gesanctioneerd kunnen worden.

De belangengroepering voor parallel-importeurs en onafhankelijke (niet met de volgesorteerde groothandel verbonden) producenten van generieke geneesmiddelen, heeft zich consequenter opgesteld dan de Bogin. Haar tussendoel (*td*) van het voorkomen van een Omni-Partijen Akkoord is direct gericht op haar einddoel. Voor de Bogin geldt wel dat zij naast de steun aan het OPA toch ook een tweede spoor uitzette, waaruit in ieder geval de aarzeling blijkt die de Bogin voelde met betrekking tot de mogelijk averechtse effecten van het OPA voor de producenten van generieke geneesmiddelen.

4.4 GVS EN HET NIEUWE NEFARMA – DE PERIODE 1990-1993

In deze paragraaf volgen de ontwikkelingen in het geneesmiddelenbeleid in Nederland in de periode 1990-1993. Daarbij zullen, na een korte inleiding over kostenbeheersing en instrumenten ten behoeve van kostenbeheersingsbeleid – analoog aan de werkwijze in paragraaf 4.3 achtereenvolgens belangrijke initiatieven in het geneesmiddelenbeleid in deze periode aan de orde komen. Figuur 4.9 geeft deze initiatieven weer en is tevens een weerspiegeling van de structuur van deze paragraaf, in die zin dat de ontwikkelingen in de tijd als achtereenvolgende paragrafen in dit hoofdstuk te vinden zijn.

Figuur 4.9 Ontwikkelingen in het geneesmiddelenbeleid in Nederland (1990-1993)



Kostenbeheersing

De kostenstijging van de farmaceutische hulp van 8,3% — als een procentuele mutatie van 1990 op 1991 [FOZ 1993:186], blijft redelijk dicht in de buurt van de groei van de totale zorgsector, waarvoor een percentage van 7,5% te vinden is, als procentuele mutatie voor 1991 ten opzichte van 1990 [FOZ 1993:12]. Het FOZ 1993 gaat ook voor de jaren 1992 en 1993 uit van een vrij beheerste kostenstijging voor farmaceutische hulp. De verandering in procenten ten opzichte van het voorgaande jaar wordt voor 1991-1992 geraamd op 4,4% en voor 1992-1993 op 3,3% [FOZ 1993:199]. Voor de totale zorgsector wordt uitgegaan van groeipercentages van respectievelijk 4,1% (1991-1992) en 3% (1992-1993) [FOZ 1993:12].

Op basis van berekeningen van de Ziekenfondsraad (ZFR) blijken de ramingen uit het FOZ 1993 te optimistisch te zijn. Voor 1992 komt de ZFR uit op een groeipercentage van 11 % in plaats van 4,4% en voor 1993 wordt de kostenstijging van de farmaceutische hulp geraamd op 6,4%, in plaats van 3,3% [Geneesmiddelenbrief 1993:6, februari-brief ZFR]. Deze uitgavenontwikkelingen, die extra uitgaven van respectievelijk 296 en 459 miljoen gulden betekent voor de jaren 1992 en 1993 vormen mede aanleiding voor aanvullend beleid inzake kostenbeheersing zoals weergegeven in de Geneesmiddelenbrief. In paragraaf 4.4.5 wordt hier verder uitgebreid op ingegaan.

Instrumenten ten behoeve van volume- en prijs- en vergoedingsbeleid

In de periode 1990-1993 zijn een viertal instrumenten voor kostenbeheersing van belang geweest, die in de vorige paragraaf nog niet aan de orde geweest zijn. In het kader van het volumebeleid het Farmacotherapie-overleg (FTO) en het Patiënten Informatie Project (PIP) en in het kader van het prijsbeleid de Tijdelijke Wet Geneesmiddelen Prijzen (TWGP) en het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem GVS).

Het Farmacotherapie-overleg is een lokaal overleg tussen huisartsen en apothekers waarin kwaliteit en kostenbewustheid ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen centraal staan. De door het ministerie van WVC gesubsidieerde voorlichtingsprojecten die patiënten moeten informeren over een verantwoord gebruik van geneesmiddelen worden samengevat onder noemer Patiënten Informatie Project. Voor deze twee beleidsinstrumenten zijn geen kwantitatieve doelstellingen geformuleerd en hun effect op de structurele kostenbeheersing is onbekend [Algemene Rekenkamer 1992:22].

De Tijdelijke Wet Geneesmiddelen Prijzen (Regels tot het tijdelijk bevriezen van de prijzen van geneesmiddelen, Tweede Kamer no. 20696) is nooit daadwerkelijk gebruikt en al weer vervallen en heeft dus ook geen bijdrage kunnen leveren aan kostenbeheersing [Algemene Rekenkamer 1992:11]. De meest omvangrijke en ingrijpende poging tot kostenbeheersing van de farmaceutische hulp is het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS). Over de effecten van dit instrument wordt gesproken in de paragraaf die over het GVS gaat (paragraaf 4.4.3).

4.4.1 De afloop van het Omni-Partijen Akkoord

Begin 1990 stelt Sanders, de voorzitter van Nefarma, op het congres Farma '90 nog vol vertrouwen vast dat het OPA al heeft geleid tot een structurele besparing van 260 miljoen gulden. De resterende 125 miljoen zal ook zeker nog gehaald worden, aldus Sanders, onder het motto: *'een man een man, een woord een woord'* [FD 23.02.90]. De berekeningen van de OPA-partijen en de overheid over hoeveel het OPA nu werkelijk bespaard heeft, beginnen steeds complexer te worden en lopen ook steeds verder uiteen. Vooral voor wat betreft de inschattingen over hoeveel er nu eigenlijk structureel bespaard is door het OPA. De berekeningen van de OPA-partijen komen in evaluaties (op 1 september 1989 en 1 januari 1990) uit op een besparing van 265 miljoen gulden per ultimo 1990, waardoor dus nog voor 120 miljoen gulden aangepast zou moeten worden. De staatssecretarissen van WVC en EZ berekenen dat nog 247 miljoen per ultimo 1990 structureel bespaard zou moeten worden om de doelstellingen van het OPA te halen. Een bedrag dat na nieuwe berekeningen in maart 1990 stijgt tot 294 miljoen gulden [Sanders 1991:11].

De politieke druk op de OPA-partijen neemt medio maart 1990 behoorlijk toe. De Tweede Kamer bespreekt dan de Tijdelijke Wet Geneesmiddelen Prijzen om tot een tijdelijke prijsstop voor geneesmiddelen gedurende een periode van drie jaar te komen. Deze prijsstop kan ook gebruikt worden als aanzet tot de invoering van

ijkprijzen. Deze wet moet dan voorkomen dat de prijzen vlak voor de invoering van een dergelijk systeem worden verhoogd.

Tegen het einde van maart 1990 geven Nefarma en de VNZ in een gesprek op het ministerie van WVC toe dat de beoogde bezuinigingen in het kader van het OPA maar gedeeltelijk gehaald zullen worden als het akkoord niet bijgesteld wordt. De OPA-partijen bieden aan de staatssecretarissen van WVC en EZ aan om de prijzen van geneesmiddelen opnieuw te verlagen. Het aanbod betreft een prijsverlaging van ongeveer 4% op apotheekinkoopniveau van het totale pakket geneesmiddelen dat onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) valt. Deze prijsverlaging is nodig om de in het OPA gegarandeerde besparingen te realiseren. Dit zou dan de benodigde 120 miljoen opleveren voor het alsnog nakomen van de afspraken uit het OPA.

De Tweede Kamer moet zich dan nog uitspreken over de voortzetting van het akkoord, in verband met de tweede evaluatie van eind maart. Het ministerie van WVC laat dan al blijken geen voorstander van voortzetting van het OPA te zijn, zo wordt bijvoorbeeld gesteld dat de 260 miljoen aan gerealiseerde bezuinigingen te veel eenmalige effecten bevatten, die niet beklijven in latere jaren. WVC blijft het ijkprijsensysteem als een beter alternatief zien.

Tegelijkertijd wordt duidelijk dat apothekers en groothandelaren in geneesmiddelen op grote schaal de tariefregels overtreden. Bij een eerste rapportage in mei 1989 maakt de Economische Controle Dienst (ECD) bekend dat ongeveer driekwart van de apothekers de tariefregels overtreedt. Het tweede rapport van de ECD gaat uitgebreid in op het ontduiken van de verplichting tot het doorgeven van kortingen en andere voordelen. De staatssecretarissen van WVC en EZ sturen het rapport van de ECD nu door naar de Tweede Kamer, vergezeld van een begeleidende brief, waarin zij uitspreken verontrust te zijn over de resultaten van het onderzoek van de ECD [FD en NRC 23.03.90].

Op 30 maart 1990 gaat het kabinet akkoord met de plannen van WVC en EZ om een ijkprijsensysteem in te voeren, dat het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) genoemd wordt. Vooralsnog gaat dit systeem alleen voor ziekenfondsverzekerden gelden. Het OPA is daarmee definitief afgelopen. Het aanbod van de OPA-partijen om alsnog 4% extra prijsverlaging te realiseren wordt afgewezen met de argumentatie dat het risico van het weglekken van besparingen door omzetvergroting blijft bestaan en de marktwerking niet wordt verbeterd. De Tweede Kamer moet dan nog een beslissing nemen, waarbij de OPA partners zich inspannen om aan te tonen dat het kabinet een verkeerde beslissing genomen heeft [NRC en FD 31.03.90]. De beslissing om het OPA op te zeggen, zonder dat op dat moment het alternatief van een ijkprijzenplan geaccepteerd is, leidt tot onzekerheid; het Financieele Dagblad stelt op 3 april 1990: *'Het is onduidelijk in welke richting de Nederlandse markt voor geneesmiddelen zich zal bewegen. (-) met name omdat het OPA de verdere substitutie van dure merkgeneesmiddelen door goedkopere producten (parallelimporten en generieke producten die gebaseerd zijn op de formule van de geneesmiddelen waarvoor het octrooi is verlopen) heeft geblokkeerd'*.

Nefarma blijft zich opstellen als de belangrijkste pleitbezorger van het OPA. In een rede bij de opening van een nieuw gebouw van Wellcome Pharmaceuticals

trekt de voorzitter van Nefarma Sanders van leer tegen de overheid, die beticht wordt van *unfair* gedrag. De partners van het OPA kan men niet aanspreken op toezeggingen die nooit gedaan zijn: *'Dan ben je bezig tijdens de wedstrijd de doelpalen te verplaatsen'*. De prijsverlagingen in het kader van het OPA zijn doorgevoerd, maar de totale uitgaven voor geneesmiddelen zijn gegroeid door een verschuiving naar nieuwere, vaak duurdere geneesmiddelen en de hoeveelheid verkochte geneesmiddelen is in 1989 met 10% gestegen ten opzichte van 1988. Als voornaamste reden voor de overheid om het GVS in te voeren wordt het gebrek aan marktwerking bij het tot stand komen van geneesmiddelenprijzen genoemd. Met een herstelde marktwerking verwacht men dat substitutie met generieke geneesmiddelen gemakkelijker zal gaan. Het OPA, zo wordt geconcludeerd, is voortijdig gestrand doordat de toegezegde besparingen teniet gedaan werden door een sterke volumegroei [FD 07 en 10.03.90].

Eind mei komt ook de Tweede Kamer met kritiek op het OPA. Het OPA blijkt substitutie tegen te gaan en zelfs een doorstroming naar duurdere merkgeneesmiddelen mogelijk gemaakt te hebben. Alleen de VVD blijft een voorstander van het OPA en wil de evaluaties na het jaar proefdraaien afwachten [FD 29.05.90]. De voornaamste pleitbezorger voor het OPA in de Tweede Kamer bij de totstandkoming van het akkoord in 1988-1989, het VVD-kamerlid Nijhuis, kan deze rol dan niet meer op zich nemen omdat hij per 1 februari 1990 tot algemeen directeur van Nefarma benoemd is.

Eind mei 1990 gaat een meerderheid van de Tweede Kamer in principe akkoord met de invoering van het GVS (Tweede Kamer no. 21500). De fracties van CDA en PvdA stellen daarbij wel onder andere als voorwaarde dat het plan nog wel aangepast moet kunnen worden in overleg met de betrokken partijen. De VVD blijft vasthouden aan het zelfreguleringsakkoord en blijft aandringen op een nieuwe kans daarvoor. D66 is niet overtuigd van de voordelen van het GVS [NRC 28.05.90].

Met de acceptatie — in principe — van het GVS door de Tweede Kamer is het OPA definitief mislukt. Over de oorzaken van het mislukken van OPA zegt Sanders: *'(-) dat die oorzaken zowel bij de overheid als bij de partners hebben gelegen'* [Sanders 1991:11]. De overheid (de regering) wilde altijd al ijkprijzen, de generieke en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen werden niet voldoende in prijs verlaagd, de producenten van merkgeneesmiddelen leefden niet (allen en/of direct) correct de afspraken na, 1989 kende een hoog groeicijfer door onder meer een aantal doorbraakprodukten, er was een omzetverschuiving van 1988 naar 1989, de apothekhoudenden zaten met de uitwerking van de OPA-transparantie en het fraude-onderzoek van de Economische Controle Dienst en wilden meer stimulanspremie en de VNZ was inhoudelijk verdeeld geraakt over de deelname aan het OPA.

Verschillende ziekenfondsen binnen de VNZ zijn ook geen uitgesproken voorstanders van het OPA geweest. De directeur van het Schiedamse ziekenfonds DSW zegt daarover: *'Bijna niemand in de ziekenfondswereld heeft geloof gehad in de effectiviteit van het Omni-Partijen Akkoord. Toch is het destijds gesteund in de VNZ, ook*

door DSW, omdat het altijd nog beter was dan het toen door de regering voorgestelde ijkprijsstelsel' [VK 30.04.90]. VNZ-bestuurder Landheer was één van de ontwerpers en verdedigers van het OPA. Na zijn vertrek bij de VNZ, na het mislukken van het OPA, komt hij weer terug in de Ziekenfondsraad. Niet meer als VNZ-bestuurder maar als vertegenwoordiger van het Verbond van Nederlandse Ondernemingen (VNO), op voordracht van Nefarma. De benoeming van Landheer op de 'VNO-stoel', betekende ook dat Nefarma een goed ingevoerde (werkgevers)vertegenwoordiger en spreekbuis in de Ziekenfondsraad kreeg, hetgeen van pas zou kunnen komen in het post-OPA tijdperk.

Na de afwijzing van het OPA vallen de OPA-partners al snel als groep uit elkaar. Een alternatief voor het GVS wordt door de partners dan ook niet meer samengesteld. Nefarma besluit daarom alleen met een alternatief plan te komen dat in november 1990 voorgesteld werd [Sanders 1991:12-14].

De Kruijff [1993:191] stelt dat het OPA achteraf niet meer dan een chique prijsvertraging lijkt. Iedere actor vecht voor het eigen belang, waarbij men door individueel optimaliseren het algemeen belang uit het oog verloor en tot *free-rider*-achtige activiteiten kwam. Nefarma verliest een belangrijk deel van haar status in de geneesmiddelensector met het mislukken van OPA. De overheid wil nog wel onderhandelen met de OPA-partijen, alleen wordt Nefarma daarbij niet meer uitgenodigd.

In ieder geval is het mogelijk om de vraag te stellen welke partijen nu eigenlijk het meeste geprofiteerd hebben van het OPA. In financiële zin zijn dat voornamelijk Nefarma c.q. de producenten van merkgeneesmiddelen die in ieder geval de substitutie met generieke geneesmiddelen teruggedrongen hebben in de periode dat het OPA actief geweest is, met mogelijk zelfs nog een nawerking daarvan in latere jaren (zie figuur 4.7). De Bogin en Prodifarma c.q. de generieke producenten en parallel-importeurs hebben (potentiële) omzet prijs gegeven onder het OPA en de overheid heeft meer geld moeten besteden aan de geneesmiddelenvoorziening dan zij wilde.

Het profijt van de Nefarma-leden is echter een winst voor de korte termijn. Het mislukken van het OPA resulteert tevens in het verloren gaan van het primaat van Nefarma als vertegenwoordiger van de geneesmiddelensector. De overheid krijgt uiteindelijk toch ijkprijzen in de vorm van het GVS en Bogin en Prodifarma zien de omzet van generieke geneesmiddelen en parallel-import na 1989 weer elk jaar toenemen. Waarbij echter groeipercentages van 45%, zoals in 1988 ten opzichte van 1987, niet meer gehaald worden (zie figuur 4.7).

4.4.2 Convenant en Meerjaren Afspraak Farmaceutische hulp (MAF)

Begin juli 1990 weigert staatssecretaris Simons akkoord te gaan met twee richtlijnen van het COTG, die betrekking hebben op de vergoeding van automatisering en verpakkingskosten voor apothekers. Dit kost een apotheker ongeveer 13.000 gulden per jaar. Simons wil wel in één keer tot afspraken komen met apothekers

voor de langere termijn, met als gespreksonderwerpen de bonussen en kortingen, de stimulansregeling en de rugzakgroothandelaren.

Het Convenant tussen WVC en de KNMP

In ruil voor tegemoetkomingen is de KNMP bereid mee te werken met de invoering van het GVS. De KNMP en WVC tekenen hiertoe het zogenaamde Convenant in september 1990. Het is de bedoeling dat dit convenant ook nog wordt ondertekend door de VNZ, KLOZ en KPZ, LHV en LSV.

De apothekers krijgen daarbij de volgende materiële tegemoetkomingen: 1) vergoedingen voor automatiseringskosten; 2) bijdragen voor bij- en nascholing van apothekers; 3) een bevestiging van de centrale positie van de apotheek bij de geneesmiddelenverstrekking ten opzichte van drogisten; 4) bonussen, kortingen van groothandel en industrie hoeven niet meer met het ziekenfonds te worden verrekend; en 5) de stimulanspremie gaat omhoog van 20% terug naar een derde van het prijsverschil [Sanders 1991:15]. Vooral ook van belang voor de apothekers is dat in het convenant wordt opgenomen dat meningsverschillen over de uitleg en toepassing van de sedert 1 januari 1988 geldende tariefstructuur als afgedaan beschouwd worden. De drie rapporten van de Economische Controle Dienst (ECD) over frauderende apothekers kunnen daarmee van de tafel geveegd worden. De Economische Controle Dienst heeft in deze rapportages vastgesteld dat driekwart van de apothekers de tariefregels in min of meer ernstige mate overtreden, waarbij het bijvoorbeeld gaat om het ten onrechte in rekening brengen van administratiekosten tot het verkrijgen (en zelfs volledig behouden) van bonussen en kortingen, zelfs via internationale wegen. Het lijkt er op dat één van de belangrijkste tegemoetkomingen voor de apothekers in het Convenant, de niet-materiële tegemoetkoming van een collectieve vergiffenis is voor de misstappen in het verleden i.c. het ten onrechte behouden van bonussen en kortingen. De voorzitter van Nefarma, Sanders, drukte deze conclusie wel heel mooi uit: *'Overheid en KNMP sloten begin september 1990 een convenant, later geheten 'de separate overeenkomst', daarin bood WVC aan de KNMP het reeds lang in het bezit van de apothekers zijnde primaat in de gehele geneesmiddelenvoorziening opnieuw aan hen aan; een charmant gebaar, dat onder meer gepaard ging met een 'generaal pardon' ten aanzien van de verrekening van bonussen en kortingen in verleden en toekomst, (en) het van het straat halen van de ECD (-)'* [Sanders 1991:15].

Het Convenant zorgt op het punt van het 'bonussen en kortingen-pardon' nog wel voor de nodige verwarring. Het Convenant doorkruist de justitiële procedures tegen apothekers en groothandelaren die ervan verdacht worden de tariefregels te hebben ontdoken. Tientallen procedures moeten door Justitie worden geseponeerd en verschillende apothekers zijn ten tijde van de ondertekening van het Convenant al voor de rechter verschenen. Deze kwestie sleept nog enige maanden tot medio december 1990 het Openbaar Ministerie laat weten apothekers die de tariefregels hebben overtreden niet langer te vervolgen in verband met door het ministerie van WVC voorbereide wetgeving.

Meerjaren Afspraak Farmaceutische hulp (MAF)

Begin november 1990 verschijnt het concept van de Meerjaren Afspraak Farmaceutische hulp (MAF). Behalve de apothekers die in het Convenant al akkoord gaan met het GVS, besluiten huisartsen (LHV), specialisten (LSV) ziekenfondsen (VNZ) en particuliere verzekeraars (KLOZ en KPZ) in principe akkoord te gaan met de invoering van het GVS. Het GVS zal dan niet op 1 januari 1991 ingaan, maar de invoering wordt doorgeschoven naar 1 april 1991. Andere belangrijke elementen van de MAF, naast de medewerking aan het kostenbeheersingsbeleid i.c. het GVS, zijn een overeenkomst over de verrekening van kortingen en bonussen in het (apothekers)tarief en de verhoging van de stimulanspremie van 20% naar 33,3%. Het concept van de MAF wordt niet zomaar geaccepteerd. Zo stelt bijvoorbeeld de LHV als voorwaarde bij het GVS dat artsen vrij moeten blijven in het voorschrijven van medicijnen en dat patiënten niet of nauwelijks zullen hoeven bij te betalen. Daarnaast hebben de LHV en LSV als voorwaarde gesteld dat hun commentaar op de oorspronkelijke versie van het GVS geheel verwerkt wordt in de definitieve versie. De MAF-partijen maken verder bezwaar tegen het onderscheid dat ontstaat tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, waarbij de LHV zelfs wil dat het GVS ook voor particulier verzekerden gaat gelden. De KLOZ stelt voor niet mee te ondertekenen, tot duidelijk is wat het GVS voor de hoogte van de premie betekent en de verzekeraars willen de mogelijkheid behouden om eventueel alles — dus ook een mogelijke bijbetaling — te vergoeden.

In de gesprekken over het concept van de MAF wordt duidelijk dat WVC er in eerste instantie niet in slaagt om met de betrokken organisaties snel tot een MAF te komen. WVC maakt zelf dan vooral bezwaar tegen bepaalde voorwaarden die door de apothekers (KNMP) gesteld worden, zoals de vergoeding voor automatiseringskosten. Als de apothekers dreigen om dan geen medewerking aan het GVS te verlenen gaat WVC daarmee toch akkoord.

De Meerjaren Afspraak Farmaceutische hulp (MAF) wordt ondertekend op 17 januari 1991 door de (apothekers) KNMP, (artsen) LHV, LSV, (verzekeraars) VNZ en KPZ. Het KLOZ ondertekent uiteindelijk niet, maar geeft wel mede uitvoering aan de MAF. De MAF wordt aangegaan voor de duur van drie jaar.

Verschillende elementen van de MAF behoeven nadere onderhandeling en uitwerking. Zo duurt het tot juni 1991 voordat de zorgverzekeraars (VNZ, KLOZ en KPZ) en apotheehoudenden (KNMP en LHV) overeen komen dat apothekers jaarlijks gemiddeld 25.750 gulden gaan afdragen aan de zorgverzekeraars als compensatie voor ontvangen bonussen en kortingen. Dit is ongeveer een derde van de eerder genoemde 70.000 gulden die per apotheek ontvangen zou worden. Schattingen over de bedragen die apothekers op jaarbasis ontvingen lopen op tot meer dan honderd miljoen gulden, onder andere gebaseerd op de drie rapportages van de ECD.

4.4.3 Het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS)

Zoals in de vorige paragraaf al gezegd is, stopt het OPA in feite al op 30 maart 1990 als de Tweede Kamer het voorstel voor een Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) ontvangt. Dit GVS gaat het volgende inhouden:

- 1) geneesmiddelen worden ingedeeld in clusters op basis van vergelijkbare therapeutische werkzaamheid;
- 2) per cluster gaat een gemiddelde limietprijs gelden;
- 3) de patiënt dient boven de limiet bij te betalen;
- 4) het systeem gaat per 1 januari 1991 in;
- 5) bij invoering zal het 5% prijsverlaging opleveren; en
- 6) tot einde 1994 zal het systeem nog eens 10% prijsverlaging opleveren [Sanders 1991:12].

Het GVS is gedeeltelijk gemodelleerd naar het Duitse *Festbeträge*-systeem waarin de zogenaamde *Stufe 1* identieke stoffen clusterde. De prijsverlagingen in het Duitse systeem bleken echter relatief gemakkelijk gecompenseerd te worden door producenten en importeurs in Duitsland. In *Stufe 1* is slechts 10% van de geneesmiddelen opgenomen en in de later ingevoerde *Stufe 2* – waarin clusters van vergelijkbaar werkende stoffen waren gevormd – ongeveer 40%. Het *Festbeträge*-systeem gaat dus niet zover dat gesproken wordt over clusters met een vergelijkbare werking, zoals in het GVS. Binnen het GVS moest de neiging tot prijscompensatie door producenten worden voorkomen en daarom werden direct bijna alle geneesmiddelen in het systeem ondergebracht.

Voor- en tegenstanders van het GVS

Nefarma maakt vooral bezwaar tegen de clustering van chemisch verwante stoffen (c.q. *me-too's*) en chemisch verschillende stoffen op basis van indicatiegebied c.q. therapeutische werkzaamheid. Dit sluit ook aan bij Nefarma's standpunten inzake therapeutische substitutie. Zelfs de aanname dat een generieke kopie van een merkgeneesmiddel praktisch identiek is, noemt Nefarma al riskant (vergelijk Nefarma 1982b:12, zie ook paragraaf 4.2.2), dus substitutie met geneesmiddelen die geen kopieën zijn levert nog grotere verschillen tussen die geneesmiddelen in bijvoorbeeld de uitwerking op [Sanders 1991:13].

In de Tweede Kamer bestaat op dat moment veel onzekerheid over het GVS. Het aannemen van de motie Lansink/De Pree (CDA/PvdA) eind mei 1990 betekent dat er een stelsel van maximale vergoedingen komt, maar met flankerend beleid en overleg met alle betrokkenen over de financiële taakstelling, de clustervorming en het flankerend beleid.

Daarnaast zijn het ook de patiëntenorganisaties die van zich laten horen als tegenstanders van het GVS, zoals de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) die namens zo'n 90.000 suiker-patiënten spreekt. Volgens het GVS zouden 9 van de 10 suiker-patiënten moeten gaan bijbetalen voor het gebruik van insuline met de kraspen, of weer met een injectienaald moeten gaan spuiten. Voor de consument betekent dit in ieder geval een achteruitgang, zo stelt de DVN.

In september 1990 besluit de KNMP akkoord te gaan met het GVS en geeft hieraan uiting door het zogenaamde Convenant te ondertekenen, dat in de vorige paragraaf al besproken is. Deze omslag van de KNMP is op dat moment opvallend. Nog in augustus 1990 verzoekt de KNMP haar leden protestbrieven te schrijven naar staatssecretaris Simons in verband met zijn weigering een vergoeding voor automatiseringskosten te betalen. Gesteld wordt dat de overheid de beroepsgroep negeert, hetgeen onder andere resulteert in een 'onacceptabel' GVS. Ook verschijnt er in augustus 1990 nog een boekje van de KNMP, waaraan het GVS geen aanrader genoemd wordt. Een maand later stelt de KNMP dat zij het GVS altijd als 'ja, mits' gezien heeft. Aan het systeem is echter weinig veranderd. De 'mits' sloeg blijkbaar minder op bijstellingen van het GVS, als wel op de tegemoetkomingen aan apothekers om hen over te halen mee te werken, waarbij gedacht kan worden aan de verhoging van de stimulanspremie van 20% naar 33% en het als afgedaan beschouwen van fraude bij apothekers in het verleden aangaande het (ten onrechte) behouden van kortingen en bonussen.

Behalve de KNMP heeft het GVS op dat moment vooral tegenstanders: de huisartsen, patiëntenverenigingen, de Ziekenfondsraad, de producenten van geneesmiddelen en de VNZ. De VNZ ziet het GVS als een aantasting van de rechten van de verzekerde op een goede geneesmiddelenvoorziening en twijfelt aan de geschatte besparingen.

Staatssecretaris Simons blijft echter doorzetten met het GVS. Bij de presentatie van het FOZ 1991 op 24 september 1990 maakt Simons bekend dat binnen het op 1 januari 1991 in werking te treden GVS alle ziekenfondsverzekerden zonder bijbetaling de medicijnen kunnen krijgen die zij nodig hebben.

Het Nefarma-alternatief voor het GVS

Op 6 november 1990 komt Nefarma met een alternatief voor het GVS, dat ook overhandigd wordt aan de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid die midden in de besluitvorming omtrent het GVS zit. Het belangrijkste bezwaar dat Nefarma tegen het GVS heeft is dat het plan uitgaat van een onderlinge vervangbaarheid van geneesmiddelen die niet aan elkaar gelijk zijn. In het alternatief van Nefarma gaat men uit van vergoedingslimieten per afzonderlijk geneesmiddel en niet per groep zoals in het GVS.

Het alternatieve plan van Nefarma: 1) opteert voor vergoedingslimieten per afzonderlijk geneesmiddel en niet per groep van (volgens Nefarma ongelijksoortige) preparaten; 2) per cluster worden specialité en generiek middel samen ingedeeld, wat substitutie zal vergemakkelijken; 3) als geen substitutie mogelijk is: een prijsbevrozing voor twee jaar; en 4) voor alle nieuwe middelen gaan gemiddelde Euro-prijzen gelden (zie ook Bijsluiter 7 1990:5).

Volgens Nefarma een simpel systeem waardoor therapeutische substitutie niet nodig is en de jaargroei beneden de 4% blijft. Verder hoeven patiënten niet bij te betalen en artsen kunnen alles voorschrijven. Daarnaast stimuleert het plan de marktwerking en de innovatie zal niet in gevaar komen [Sanders 1991:15].

Naar een gewijzigde versie van het GVS

De uitwerking van het GVS, zoals het de eerste keer in de Tweede Kamer gepresenteerd is, blijkt niet acceptabel te zijn voor het veld en voor de Tweede Kamer. Daarnaast dient ook de motie Lansink/De Pree uitgevoerd te worden. Er komt een tweede versie van het GVS (Tweede Kamer no. 21500).

Deze gewijzigde versie van het GVS gaat uit van een indeling in groepen, die de grovere indeling in clusters moet vervangen. Ook wordt tegemoet gekomen aan bezwaren van diabetes-patiënten. De insulinemarkt bestaat uit een bijna-monopolie van het Deense bedrijf Novo/Nordisk en de prijzen die gehanteerd worden leiden ertoe dat voor praktisch alle geneesmiddelen bijbetaald moet worden. De groep insulines is in kleinere clusters opgedeeld, zodat meer keuzemogelijkheden zonder bijbetaling ontstaan.

Simons gaat ervan uit dat het GVS nauwelijks tot bijbetaling zal leiden voor de consument. Van producenten wordt verwacht dat zij uit concurrentie-overwegingen hun prijzen automatisch zullen verlagen om bijbetaling – en daarmee een mogelijke overstap op een concurrerend middel – te voorkomen.

Ook het proces van het vinden van medestanders voor het GVS gaat door. Op 6 november 1990 zegt de directeur geneesmiddelenvoorziening van WVC de Vos, op een bijeenkomst van het Regionaal Ziekenfonds in Groningen, dat artsen een vergoeding zouden moeten krijgen als zij meewerken aan het GVS. Tot op dat moment is zo'n vergoeding steeds afgewezen.

Tegelijkertijd met het indienen van een aangepaste versie van het GVS laten zowel de staatssecretaris van WVC (Simons) als die van Economische Zaken (Van Rooy) de Tweede Kamer eind november 1990 weten het Nefarma-alternatief voor het GVS af te wijzen. Het Nefarma-plan zal volgens hen niet de beoogde beperking van de uitgaven voor geneesmiddelen kunnen opleveren.

Wanneer de Kamer opnieuw over het GVS spreekt, medio december 1990 heeft de Tweede Kamer (nog steeds) kritiek, maar gaat in principe akkoord met het GVS. Daarbij wordt in versie 2 uitgegaan van een groepering van soorten geneesmiddelen. Per groep wordt de prijs van één middel als referentie genomen. De invoering per 1 april kan doorgaan, maar eerst moet de Ziekenfondsraad de groepering bekijken en mogelijke problemen voor chronische patiënten inventariseren. De Tweede Kamer wil een hardheidsclausule die chronische patiënten zal beschermen tegen ongewenste effecten van (veel) bijbetalen. Van Rooy en Simons zijn hier tegen omdat hiermee de concurrentie uitgehold wordt en teveel uitzonderingen betekenen steeds minder prikkels. Daarnaast wil de Kamer weten wat de Europese Commissie van het plan denkt. Volgens WVC en EZ bestaat er bij de EC geen bezwaar tegen het GVS.

De Bogin laat in december 1990 aan WVC weten dat zij de prijs van 64 goedkope geneesmiddelen op korte termijn wil verhogen, omdat deze anders niet meer economisch verantwoord geproduceerd kunnen worden. Volgens Bogin-voorzitter Poelgeest zijn de produkten al jaren niet in prijs gestegen, terwijl het productieproces steeds duurder geworden is. De parallel-geïmporteerde geneesmiddelen

zijn eind 1990 al flink in prijs verhoogd, gemiddeld met 12,5% met uitschieters naar 53% [NRC 14.12.90]. Substitutie neemt hiermee op het eerste gezicht relatief gezien in aantrekkelijkheid af. Onder een GVS verwacht men echter dat substitutie toch aantrekkelijk zal blijven. Producenten van generieke geneesmiddelen en parallel-importeurs nemen blijkbaar voorzorgen om hun marge omhoog te kunnen brengen op dit moment, omdat prijsverhogingen tegelijk met de invoering van het GVS waarschijnlijk grotere tegenstand zullen ontmoeten.

Het Nefarma-alternatief voor het GVS wordt in de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid tegelijk met een tweede versie van het GVS ingebracht, maar het GVS haalt de eindstreep. Nefarma kondigt juridische stappen tegen het GVS aan.

Apothekers en de bonussen en kortingen

Apothekers mogen bonussen en kortingen van de farmaceutische industrie en de groothandel sinds de ondertekening van het Convenant weer behouden. De ziekenfondsen en particuliere verzekeraars vinden dat dan de tarieven van apothekers omlaag kunnen. De fondsen gaan ervan uit dat de apothekers globaal 25.000 tot 125.000 gulden per jaar aan kortingen en bonussen binnenhalen. Gemiddeld is dit zo'n 70.000 gulden per apotheek en op jaarbasis totaal 80 miljoen gulden.

Hoewel de MAF tegen het einde van 1990 nog steeds niet door alle partijen getekend is, heeft WVC zich al wel met de inhoud akkoord verklaard. In de MAF staat onder andere dat bij het bepalen van de totale vergoeding in de landelijke overeenkomsten tussen apotheekhoudenden en ziekenfondsen rekening gehouden zal worden met de door apotheekhoudenden te behalen handelsvoordelen.

Het door de apothekers in het kader van het Convenant en de MAF behaalde winstpunt dat zij bonussen en kortingen (gedeeltelijk) mogen behouden dreigt nu in hun nadeel om te slaan als er gesproken wordt over tariefverlaging. De KNMP is er steeds van uit gegaan dat de dreigende vermindering op de tarieven wel gecompenseerd zal worden door praktijkkosten die apothekers tegoed hebben van verzekeraars, in de vorm van een toeslag voor bedrijfsrisico en onkosten voor automatisering en laboratorium. De verzekeraars zeggen daarvoor geen ruimte te hebben, terwijl men tegelijkertijd praat over een verlaging van de recept-regel vergoeding van 10,35 naar 9 gulden.

Verdere ontwikkelingen in de aanlooperperiode van het GVS

De Commissie Vergoedingslimieten van de Ziekenfondsraad (ZFR), een van het ministerie van WVC onafhankelijke commissie (zie ook Bijsluiter 4 1992:14-15), laat midden februari weten dat zij niet voor 1 april 1991 haar advies over het GVS, waarom een maand daarvoor gevraagd is, klaar heeft. De invoering moet daarom vertraagd worden, ook omdat in de MAF een invoeringstermijn van ten minste drie maanden overeengekomen is. De vertragingen bij de invoering van het GVS, dat oorspronkelijk per 1 januari 1991 ingevoerd zou worden, worden in termen van misgelopen besparingen nu geschat op 100 miljoen gulden.

De Commissie Vergoedingslimieten van de ZFR laat eind maart 1991 in een technisch advies aan staatssecretaris Simons weten dat het GVS uitvoerbaar is,

maar op een aantal punten dient te worden aangepast (zie ook Bijsluiter 3 1991:20). Binnen de groepen geneesmiddelen van het GVS zijn voldoende alternatieven aanwezig om patiënten te behandelen, maar de verandering van medicatie – de overstap op een goedkoper middel – kan voor de patiënt vervelende en nadelige gevolgen hebben. Daarnaast zijn ook niet alle doseringsvormen beschikbaar. Als hiermee rekening gehouden wordt zal het GVS, aldus de ZFR, niet leiden tot een kwalitatieve achteruitgang van de geneesmiddelenvoorziening in Nederland. Volgens staatssecretaris Simons is het GVS eind april gereed en kan per 1 juli 1991 worden ingevoerd.

De door Nefarma aangekondigde juridische stappen tegen het GVS beginnen in het voorjaar van 1991 ook vorm te krijgen. In kort geding eist Nefarma dat het GVS niet per 1 juli mag worden ingevoerd alvorens de rechter er in een bodemprocedure over geoordeeld heeft. De invoering van het GVS zal dan waarschijnlijk tot eind 1991 worden uitgesteld. Nefarma meent dat het GVS in strijd is met het Europees recht en met algemene rechtsbeginselen, zoals het verbod op willekeur, het rechtszekerheids-, het zorgvuldigheids- en het motiveringsbeginsel. Ook afzonderlijke bedrijven hebben korte gedingen aangespannen tegen de plaatsing van hun geneesmiddelen, waarbij de plaatsing van middelen op een bepaalde lijst en/of de berekening van de vergoedingslimiet worden aangevochten. Nefarma keert zich vooral tegen de stelling dat geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare preparaten kunnen worden ingedeeld. Tevens heeft Nefarma een klacht tegen het GVS bij de Europese Commissie ingediend. Tijdens het kort geding maakt de Landsadvocaat bekend dat de Europese Commissie geen bezwaren heeft tegen het GVS. Nefarma verliest het kort geding.

De geneesmiddelenmarkt groeit in de maanden voor 1 juli 1991 minder snel. De groei van de afzet is teruggelopen van 9% naar 5%. Volgens Nefarma is dit het gevolg van de aangekondigde invoering van het GVS, waardoor de apothekers zo weinig mogelijk voorraad houden. Na 1 juli wordt er een sterke stijging van de omzet verwacht.

In verband met de invoering van het GVS begint de Bogin in de zomer van 1991 met een campagne om het gebruik van generieke geneesmiddelen te stimuleren. Centraal staat daarbij de idee dat wie een generiek geneesmiddel voorgeschreven krijgt, nooit hoeft bij te betalen.

De Bogin is optimistisch over de effecten van het GVS voor de omzet van generieke geneesmiddelen. In 1990 bedraagt de omzet van generieke geneesmiddelen van Bogin-leden 225 miljoen gulden. Door het GVS wordt voor 1991 een omzet van 265 miljoen gulden verwacht en uiteindelijk 400 miljoen gulden voor 1993 [LD 26.06.91].

Het GVS in werking

Het GVS wordt per 1 juli 1991 ingevoerd. Op dat moment is het aantal geneesmiddelen waarvoor moet worden bijbetaald door het grote aantal aanpassingen in het GVS geslonken tot bijna 200 presentaties, hetgeen een relatief klein deel is van de ongeveer 8000 presentatievormen die in Nederland verkrijgbaar zijn. De

producenten van (merk)geneesmiddelen hebben hun prijzen in veel gevallen verlaagd waardoor ook bijbetaling minder voorkomt. Genoemd wordt een verlaging-percentage van gemiddeld 6,5%. De producenten van generieke geneesmiddelen hebben hun prijzen met gemiddeld 2% verhoogd. Op dat moment wordt een besparing op jaarbasis verwacht van 2,5%. Oorspronkelijk was Simons uitgegaan van een besparing van 6 à 7 procent met behulp van het GVS, maar die zal niet meer worden gehaald [NRC 02.07.91]. Een indruk van de bijbetaling binnen het GVS kan uit tabel 4.2 verkregen worden.

De producenten van (merk)geneesmiddelen reageren na 1 juli 1991 direct op de invoering van het GVS. Prijsverhogingen die na 14 juni 1991 zijn aangekondigd kunnen pas vanaf 1 augustus van kracht zijn, in verband met de aanpassing van de officiële prijslijst van de KNMP, de zogenaamde taxen. Bij WVC worden prijsverhogingen aangekondigd tot meer dan vijfhonderd procent, met als grootste uitschieter Duphar die voor de injectievloeistof Duvadilan de prijs met 577% verhoogd. Duphar stelt dat deze prijsverhogingen noodzakelijk zijn omdat de prijzen al tien jaar niet verhoogd zijn [NRC 10.07.91]. Het GVS 'pakt' de producent door voor hetzelfde middel in een andere toedieningsvorm (in een andere cluster/groep) prijsverlaging af te dwingen. Dat wordt door de producent gecompenseerd. WVC noemt dit soort prijsstijgingen volstrekt onredelijk en onacceptabel en wordt daarin bijgevalen door de KNMP die zegt verontrust te zijn over de recente prijsstijgingen. Het hoofdbestuur van de KNMP stelt dat apothekers en huisartsen samen moeten besluiten om over te stappen op goedkopere alternatieven als producenten hun prijzen blijven verhogen.

Behalve prijsverlagingen komen zoals gezegd ook prijsverhogingen voor tot boven de limietprijs binnen een groep. Volgens de voorzitter van Nefarma, Sanders, horen de prijsverhogingen bij het GVS. In een interview in het NRC/Handelsblad zegt hij daarover: *'De motieven zullen per industrie uiteen lopen, maar de prijsverhogingen zijn inherent aan het GVS. De prijsverlagingen vonden onder protest plaats. De industrieën houden hun kosten. Ze kunnen moeilijk tegen hun medewerkers zeggen: blijf morgen maar thuis want het GVS is van kracht'* [NRC 12.07.91].

Een belangrijk voorbeeld van het verhogen tot boven de limietprijs is te vinden op de Nederlandse markt voor anti-conceptiva. Producenten van 'de pil', met de Nederlandse producent Organon voorop, verhoogden de prijzen van oudere pillen met als voornaamste argument dat dit substitutie van nieuwe (duurdere) pillen voor oudere pillen zou ontmoedigen en daarmee vrouwen minder gezondheidsrisico's zouden lopen. In blok 4.1 wordt de problematiek rond de anti-conceptiva in het kader van de GVS-clustering nader behandeld.

Tabel 4.2 Bijbetaling binnen het GVS

groep middelen	aantal middelen met bijbetaling	waarvan aantal bijbetaling < 1 gulden	waarvan aantal bijbetaling < 2 gulden	gemiddelde bijbetaling per 10 eenheden excl. BTW in guldens	$\sigma - 1$	laagste bijbetaling in guldens en middel/dosis per eenheid	hoogste bijbetaling in guldens en middel/dosis per eenheid
Hart- en vaatmiddelen ¹	30	11	13	3,28	2,96	0,08 Nitrolingual 0.4 mg spray	10,83 Renitec 5 mg tablet
Caramiddelen ²	7	5	5	1,17	1,06	0,35 Benylin 2,8/ml drank	2,92 Vicrom 20 mg spinhaler
Reuma-middelen ³	10	4	8	1,67	1,87	0,15 Oxyphenbutazonum 100 mg dragee	6,41 Clinoril 200 mg tablet
Anti-epilepsie-middelen ⁴	10	5	7	1,75	1,65	0,33 Depakine 300 mg tablet	5,40 Trileptal 600 mg tablet
Antibiotica ⁵	9	1	2	9,70	7,66	0,65 Dicloclil 62,5 mg op 5 ml poeder	20,45 Minocin 100 mg capsule en tablet
Vitaminen en mineralen ⁶	10	6	8	1,45	1,03	0,61 Fero Gradumet 0.5 mg tablet ⁷	3,94 Supradyn bruistablet
Psychofarmacie ⁸	23	11	16	2,26	2,94	0,07 Dexamphetamini 5.5 mg tablet	13,65 Dogmatil 200 mg. tablet
Overige ^{9 10}	46	11	20	4,02	5,81	0,03 Klyx 250 ml Klyisma Practoclyss Klyisma	35,67 Synalar forte 2/9 crème
TUSSENTOTALEN	145	54	79	3,16	---	---	---
				gemiddelde bijbetaling per halfjaar excl. BTW in guldens			
Anticonceptie-middelen ¹¹	22	1	1	11,18	6,51	0,49 Microgynon 50	23,54 Mercilon
TOTALEN	167	55	80	---	---	---	---

1) Consumentengids juli 1991; 2) Consumentengids augustus 1991; 3) Consumentengids oktober 1991; 4) Consumentengids november 1991; 5) Consumentengids december 1991; 6) Consumentengids december 1991; 7) Parallel geïmporteerd/met vertraagde afgifte; 8) Consumentengids januari 1992 9) Waaronder hormoonpreparaten en dermatologische middelen; 10) Consumentengids februari 1992; 11) Consumentengids september 1991.

In april 1992 blijkt uit berekeningen van de VNZ dat de kosten voor geneesmiddelen in het eerste halfjaar van 1991 met ongeveer 8% stegen, terwijl in het tweede halfjaar de stijging tot 6% beperkt bleef. Dit zou een effect van het GVS kunnen zijn. Het lijkt er in ieder geval niet op dat er sprake is geweest van een daling van de consumptie van geneesmiddelen dus lijkt er toch een prijsdaling effect te hebben. Over het effect van de invoering van het GVS voor particulier verzekerden per 1 januari 1992, als gevolg van de overheveling van geneesmiddelen naar de AWBZ, is nog niets bekend. Volgens Nefarma was er begin 1992 een daling van het gebruik, omdat door particulier verzekerden eind 1991 geneesmiddelen werden gehamsterd. Op de lange termijn zal het gebruik stijgen omdat nu alle particulier verzekerden voor geneesmiddelen verzekerd zijn via de AWBZ, wat vroeger niet het geval was. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat het GVS de kostenstijging tot 4% zou kunnen terugdringen.

De klachten van producenten van geneesmiddelen met betrekking tot het GVS die niet in overleg worden opgelost, zijn in 24 korte gedingen behandeld, daarbij kregen de producenten 9 keer gelijk en WVC 15 keer.

In september 1992 blijkt in een onderzoek van de Consumentenbond dat ongeveer 48% van de geneesmiddelengebruikers onder het GVS-regime moet bijbetalen, gerekend over het eerste halfjaar van 1992. Daarvan stapt 19% over op een ander middel om bijbetaling te voorkomen en 29% blijft bij het 'oude middel' en dient bij te betalen. De meeste consumenten betaalden niet meer dan 50 gulden bij in de onderzoeksperiode, maar ruim 10% betaalde toch 100 gulden of meer, terwijl sommige consumenten tot ruim 500 gulden bijbetaalden [Consumentengids 9 1992:603].

Blok 4.1 *Anti-conceptiva*

Een voorbeeld van geneesmiddelen die door producenten tot boven de limietprijs van het GVS verhoogd worden, zijn twee merken anti-conceptiepillen van Organon en Schering. Organon verdedigd de prijsverhoging onder andere door gezondheidsmotieven aan te voeren. De (oudere) pil die in prijs verhoogd is, brengt aldus Organon meer gezondheidsrisico's mee dan de nieuwere pillen van Organon, waarvoor (ook) moet worden bijbetaald. Alle anti-conceptiepillen zitten in één cluster en door de prijsverhoging van de oudere pillen zouden vrouwen minder snel in de verleiding komen om op oudere pillen over te schakelen.

Het ministerie van WVC vraagt het ministerie van EZ vlak na de invoering van het GVS in juli 1991 om onderzoek naar de prijsverhogingen van anti-conceptiepillen, die tot 65% in prijs omhoog gegaan zijn sinds de invoering van het GVS, waardoor pilgebruiksters met elkaar 43 miljoen gulden zouden moeten gaan bijbetalen. Staatssecretaris Van Rooy (EZ) vraagt daarop de ECD voor 14 augustus 1991 te rapporteren over mogelijke afspraken tussen producenten en importeurs van anti-conceptiva.

Zowel de KNMP als WVC hebben dan al het vermoeden uitgesproken dat er afspraken gemaakt zijn en het is de KNMP die het bedrag van 43 miljoen gulden aan bijbetaling noemt. Als er sprake is van kartel-afspraken, dan is dat in strijd met de Europese wet- en regelgeving. Nefarma stelt dat het normaal is dat bij prijsverhoging van één producent anderen volgen en gelooft niet dat er afspraken gemaakt zijn. De KNMP wordt door Nefarma wel verweten, anders dan in het verleden, aan de leiband van WVC te lopen.

Blok 4.1 (vervolg)

In augustus 1991 adviseert het ministerie van WVC vrouwen om in de apotheek te vragen naar parallel-geïmporteerde anti-conceptiepillen waarvoor niet of veel minder hoeft te worden bijbetaald.

Midden oktober 1991 dreigt staatssecretaris Van Rooy (EZ) de Wet Economische Mededinging (WEM) te gebruiken om de producenten van anti-conceptiva te dwingen tot het ongedaan maken van de recente prijsverhogingen. Hiervoor is een beschikking met een prijsaanwijzing al ontworpen. Op grond van onderzoek van de ECD concludeert EZ dat de prijsstijgingen (met gemiddeld 45% volgens de ECD) voor de anti-conceptiepillen van Schering, Organon en Wyeth in strijd zijn met het algemeen belang en dat de fabrikanten niet aannemelijk kunnen maken dat de prijsstijgingen nodig waren in verband met kostenstijgingen. De genoemde bedrijven hebben ruim 90% van de gehele Nederlandse markt voor anti-conceptiepillen in handen, met respectievelijk marktaandelen van 42% (Schering), 32% (Organon) en 18% (Wyeth) [NRC 08.11.91].

Na de bekendmaking van een mogelijk ingrijpen met behulp van de WEM maakt Schering gelijk de prijsstijging ongedaan, terwijl ook Wyeth zegt te overwegen de prijzen te verlagen. De producenten ontkennen dat de prijsverlaging direct verband heeft met de dreigende prijsmaatregel. Het hele GVS wordt door hen gezien als een prijsmaatregel. Het GVS maakt het volgens Schering ook onmogelijk om nog nieuwe geneesmiddelen op de (Nederlandse) markt te brengen. Schering heeft al een nieuwe anti-conceptiepil laten registreren, maar zal deze niet in de handel brengen, omdat de pil duurder is dan de limietprijs en toch niet voorgeschreven zal worden. Schering-directeur Houba stelt: *'In ieder geval staat vast dat nieuwe – en dus vaak duurdere – geneesmiddelen die automatisch in een GVS-cluster terecht komen, niet snel in Nederland zullen worden geïntroduceerd. Uit het oogpunt van de volksgezondheid is dat een betreurenswaardige ontwikkeling'* [Houba in: NRC 07.11.91].

Begin november 1991 ziet staatssecretaris Van Rooy af van ingrijpen met behulp van een prijsaanwijzing op basis van de WEM omdat Schering zijn prijzen weer heeft laten zakken tot net onder de limietprijs. Daardoor is er weer sprake van (prijs)concurrentie. Daarnaast komt er ook steeds meer parallel-import op gang, waardoor de prijzen sterk gedrukt worden.

Importeur Magnafarma verkoopt bijvoorbeeld in mei 1991 – voor de invoering van het GVS – 12.000 verpakkingen Mycrogynon 30, een populaire pil van Schering. In september 1991 worden al 70.000 verpakkingen omgezet. De verkoop van Marvelon – een belangrijk produkt van Organon – stijgt in dezelfde periode van 18.000 naar 48.000 verpakkingen [VK 26.10.91].

In april 1992 blijkt uit berekeningen van de VNZ dat de prijsverhogingen van anti-conceptiepillen de ziekenfondsen en gebruiksters in 1991 70 miljoen gulden extra gekost hebben.

De problematiek rond de indeling van geneesmiddelen in clusters met oude en nieuwe middelen en met name het probleem van geneesmiddelen waarvan men het er niet over eens is of er alternatieven zijn, of dat het geneesmiddel in kwestie dusdanig vernieuwend is dat daarvoor een hogere prijs gerechtvaardigd is, speelt in de gang van zaken rond het migraine-middel Imigran. Imigran is een geneesmiddel waarbij bijbetalingsperikelen vanaf de introductie van het geneesmiddel een rol gespeeld hebben. In blok 4.2 wordt hierop verder ingegaan, waarbij een periode van twee jaar geschetst wordt waarin Imigran het middelpunt geweest

is in een strijd tussen de producent Glaxo, de consumenten van migraine-middelen, verzekeraars en het ministerie van WVC. Na twee jaar heeft dit – althans voor de consumenten – niet tot een oplossing mogen leiden. Wie het middel wil gebruiken moet nog steeds fors bijbetalen.

Blok 4.2 *Imigran*

Nadat het GVS een paar maanden in werking is blijkt het in juni 1991 geregistreerde migrainemiddel Imigran alleen met een grote bijbetaling voor patiënten bereikbaar te zijn. De indeling van het middel in het GVS – dat 30 gulden per tablet zal kosten – betekent dat f 29,75 zal moeten worden bijbetaald. Volgens de Nederlandse Vereniging van Migrainepatiënten werkt Imigran echter beter en sneller en heeft het minder bijwerkingen dan de bestaande middelen waarbij het ingedeeld is.

Ruim 8 maanden later en na de invoering van de vergoeding voor geneesmiddelen via de AWBZ, betekent het slikken van Imigran een bijbetaling van 26 gulden per tablet. Via de AWBZ wordt 52 cent vergoed. De injectievorm kost f 64,49 per ampul, maar wordt wel helemaal door de AWBZ vergoed. Volgens WVC verschilt Imigran niet wezenlijk van – het veel goedkopere – ergotamine, waarbij Imigran in één cluster is ingedeeld. Gevolg hiervan is dat op ruime schaal injecties voorgeschreven worden, waar tabletten ook voldoende geweest waren. De producent Glaxo zet ongeveer 70% af in injectievorm, tegen 30% in tabletvorm. Sommige particuliere verzekeraars vergoeden de bijbetaling voor Imigran-tabletten ook, omdat dit per saldo nog goedkoper is dan het vergoeden van injecties. De Ziekenfondsraad (ZFR) berekent dat het tussen de 30 en 120 miljoen op jaarbasis kost als alle ergotamine-gebruikers overstappen op Imigran, maar deze kosten kunnen – als alle migraine-klachten in Nederland worden bestreden met Imigran – oplopen tot 2500 miljoen gulden, tegen de 50% van de totale uitgaven voor farmaceutische hulp en hulpmiddelen (5323 miljoen gulden voor 1992 [FOZ 1993:12]).

Ook in andere Europese landen stuit producent Glaxo op problemen met betrekking tot de prijs van Imigran. In de Financial Times wordt een wereldomzet van 100 miljard \$ per jaar voorspeld. Denemarken heeft de Europese Commissie gevraagd te onderzoeken of Glaxo misbruik maakt van haar monopoliepositie. Frankrijk weigert het middel toe te laten als er geen aanvullende afspraken gemaakt kunnen worden, bijvoorbeeld voor de vestiging van een onderzoekscentrum en uitbreiding van Glaxo's productiefaciliteiten in Frankrijk.

Staatssecretaris Simons neemt zich half mei 1992 voor om per 1 juli 1992 ook de injectievorm van Imigran zo in te delen dat de patiënt het grootste deel van de prijs moet bijbetalen. Glaxo heeft tot 1 juni 1992 om hierop te reageren. De overstap van tabletten naar injecties wordt op deze manier ook tegengehouden. Simons wil Imigran-injectievloeistof indelen bij de ergotamine-injectievloeistoffen Gybergeen en Dihydergot, die minder dan twee gulden per ampul kosten. De twee ergotamine-preparaten worden echter wel door de producent Sandoz per 1 juni van de markt gehaald. Volgens Sandoz niet om Glaxo te helpen, maar omdat naar deze produkten nauwelijks meer vraag is. Overigens betekent dit ook niet dat de limietprijs (op kortere termijn) omhoog zal gaan. Bij de vaststelling van de limietvergoeding is op dat moment bepalend welke middelen op 1 januari 1990 op de markt waren.

Blok 4.2 (vervolg)

Eind november 1992 kondigt staatssecretaris Simons in de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid aan dat hij een onderzoek wil doen naar de prijsvorming van Imigran. Hij wil de producent dan eventueel tot prijsverlaging dwingen op grond van de Octrooiwet, waarin ook misbruik van een monopolie door octrooiën verboden wordt. Simons gaat er in zijn berekeningen vanuit dat Glaxo voor de komende 15 jaar, de resterende octrooi-periode van Imigran, de ontwikkelingskosten (430 miljoen gulden) alleen al in Nederland zal terugverdienen, terwijl de Nederlandse markt slechts 1% van de wereldmarkt voor geneesmiddelen vormt.

Over de kosten van Imigran blijven uiteenlopende meningen bestaan zoals ook in tabel 4.3 te zien is:

Tabel 4.3 *Aantallen Migraine-patiënten, potentiële Imigran-gebruikers en gemiddelde kosten voor Nederland per jaar*

	Aantal migraine- patiënten	Beoogde Imigran- gebruikers	Gemiddelde kosten (in milj. gulden)
Ziekenfondsraad (min.)	75.000	9.750 (15%)	137
Ziekenfondsraad (max.)	750.000	97.500 (15%)	340
Glaxo	2.500.000	50.000 (2%)	27,8
Ferrari	750.000	600.000 (80%)	200-400

Bron: Trouw 10.03.93, ZFR/Glaxo: brief van staatssecretaris Simons aan de Tweede Kamer d.d. 25.01.93, Ferrari: Universiteitsblad Cicero – Universiteit Leiden oktober 1992.

Een onafhankelijk onderzoek naar de prijsvorming van Imigran blijkt uiteindelijk onnodig omdat Glaxo medewerking aan WVC verleent, door inzage in de bedrijfsgegevens aan te bieden inzake de prijsvorming van Imigran. Eind februari 1993 schrijft Simons de Tweede Kamer dat een optreden tegen Glaxo op basis van de Rijksoctrooiwet of de WEM niet doelmatig zal zijn.

De kwestie Imigran blijft onopgelost, het middel krijgt geen plaats in Bijlage 6 van het GVS – waarin geneesmiddelen zijn opgenomen die volledig worden vergoed – en de hoge kosten van Imigran zullen niet ten laste van de AWBZ komen. Er resteert een patstelling en de migraine-patiënt zal moeten blijven bijbetalen.

De Consumentenbond stelt dat wanneer het GVS echt kostenbesparend wil werken er (bijvoorbeeld) een maximumprijs voor geneesmiddelen vastgelegd zou moeten worden op basis van de Tijdelijke Wet Geneesmiddelen Prijzen (TWGP), waarvan de werking dan verlengd zou moeten worden omdat deze afloopt op 1 januari 1993 [Consumentengids 9 1992:604].

De Consumentenbond is van mening dat de producenten door prijsverhogingen de doelstellingen van het GVS ondergraven. In een steekproef van 600 geneesmiddelen, die alle voor volledige vergoeding in aanmerking komen, blijkt

dat in de periode vanaf eind 1989 tot en met de helft van 1991 (op 1 december 1989 werden de groepsindelingen en limietprijzen van het GVS bekend), vooraangaand aan de invoering van het GVS, de prijzen van één op de vijf middelen zijn opgedreven, met uitschieters tot 186%. Van een kwart van de middelen die in prijs stegen werden na de invoering van het GVS de prijzen nogmaals verhoogd. En, zo stelt de Consumentenbond, de omzet van de farmaceutische industrie in 1991 is in dat jaar toch weer met 7,8% gestegen, minder dan de voorgaande jaren, maar meer dan de 5% die staatssecretaris Simons voor ogen had [Consumentengids 9 1992:603-604].

Een waardering van het GVS

Medio november 1992 komt een rapport uit van de Algemene Rekenkamer getiteld: 'Kostenbeheersing geneesmiddelen', waarin gezegd wordt dat het ministerie van WVC er in de afgelopen 10 jaar niet in geslaagd is om greep te krijgen op de kosten van geneesmiddelen. Ook het GVS komt vrij uitgebreid in dit rapport aan de orde.

De Algemene Rekenkamer concludeert over het GVS dat, op basis van de dan bekende voorlopige cijfers, de kwantitatieve doelstelling van het GVS — een beperking van de stijging van de materiële kosten tot gemiddeld 4% in de jaren 1991-1994 — niet gehaald zal worden en dat het effect van het GVS als instrument voor kostenbeheersing op de langere termijn nog onbekend is [Algemene Rekenkamer 1992:15 en 22].

Het niet behalen van de doelstellingen van het GVS hangt volgens de Rekenkamer samen met een drietal risico's met betrekking tot het GVS. Ten eerste kan het GVS behalve tot prijsverlaging ook tot prijsverhoging leiden, waarbij gedacht moet worden aan relatief goedkope geneesmiddelen die tot aan de limietprijs gebracht worden. Ten tweede vallen (de prijzen van) geneesmiddelen in Bijlage 6 — de niet-geclusterde geneesmiddelen die volledig voor vergoeding in aanmerking komen — buiten het GVS-regime. Des te meer middelen in Bijlage 6 opgenomen worden, mogelijk ook nog gekoppeld aan pogingen van de zijde van producenten om te compenseren met relatief hoge prijzen voor niet-geclusterde middelen, des te groter de stijging van de kosten van de farmaceutische hulp zal zijn. Ten derde wordt het effect van het GVS minder doordat verschillende particuliere ziektekostenverzekeraars de GVS-bijbetaling vergoeden. Voor hun verzekerden bestaat geen stimulans om op goedkopere produkten over te stappen. Dit ondermijnt ook de noodzaak voor de producenten van geneesmiddelen om hun prijzen te verlagen [Algemene Rekenkamer 1992:15].

In zijn reactie op de conclusies van de Rekenkamer ten aanzien van het GVS stelt de staatssecretaris van WVC dat het risico van prijsverhogingen tot aan de vergoedingslimiet niet van wezenlijke betekenis is. Hoewel er prijsverhogingen geweest zijn, bestaat er voldoende substitutiedruk op specialité's binnen de GVS-systematiek in samenhang met de stimulanspremie.

Het feit dat het GVS geen invloed heeft op de geneesmiddelen in Bijlage 6 wordt door Simons erkent als een risico maar dit is bewust genomen om innovatie te stimuleren. Overschrijdingen worden, volgens de staatssecretaris, overigens niet primair door de prijs, maar door het gebruiksvolume bepaald. De

GVS-bijbetaling door particuliere ziektekostenverzekeraars acht de staatssecretaris van weinig of geen belang, omdat uit het GVS-informatiesysteem blijkt dat de totale omvang van de bijbetalingen – eind 1992 – ongeveer 0,4% van de materiële kosten bedraagt [Algemene Rekenkamer 1992:27].

In het FOZ 1993 komt als conclusie naar voren dat het GVS werkt, maar pas op de langere termijn zullen de effecten daarvan goed zichtbaar worden [FOZ 1993:187]. Prijsverlagingen hebben zich op grote schaal voorgedaan; van de ongeveer 700 middelen die in mei 1990 in het concept GVS voor bijbetaling in aanmerking kwamen, resteerden er in februari 1992 ongeveer 130. Toegegeven wordt dat de opwaartse prijsbewegingen in de richting van de vergoedingslimiet het effect van de prijsverlagingen gedeeltelijk gecompenseerd hebben [FOZ 1993:188].

Het totale bedrag aan bijbetalingen wordt geschat op minder dan 0,5% van het desbetreffende deel van de materiële kosten, waarbij dan nog ongeveer de helft daarvan veroorzaakt wordt door de prijsverhogingen met betrekking tot orale anti-conceptiemiddelen. Van veel van deze producten zijn de prijzen ook weer gedaald [FOZ 1993:188-189].

Voor de substitutie van specialité's voor generieke en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen heeft bijgedragen aan de beperking van de groei van de materiële kosten voor de farmaceutische hulp, aldus het FOZ [1993:189]. Volgens gegevens van de Bogin zijn de omzetstijgingen voor generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen voor 1991 respectievelijk 20% en 60%, waardoor het gezamenlijk marktaandeel steeg van 17% in 1990 tot 21% in 1991. Voor 1992 wordt een verdere stijging verwacht die zal leiden tot een marktaandeel van ongeveer 25% in 1992 [FOZ 1993:189].

Nieuwe middelen worden voor het grootste gedeelte ingedeeld in Bijlage 5 – dus in bestaande clusters – binnen het GVS. Van de 360 aanvragen in de periode van de invoering van het GVS tot en met augustus 1992 zijn 268 middelen ingedeeld, waarvan 69% in Bijlage 5. Toch is ook 31% van deze geneesmiddelen in Bijlage 6 terechtgekomen, waarmee deze geneesmiddelen dus volledig worden vergoed [FOZ 1993:189]. De indeling van geneesmiddelen in Bijlage 6 zal in het vervolg van dit hoofdstuk nog aan de orde komen, wanneer gesproken wordt over de aanvullende beleidsmaatregelen in de Geneesmiddelenbrief, waaruit ook opgemaakt kan worden dat het GVS werkt, maar onvoldoende (zie paragraaf 4.4.5).

4.4.4 Een nieuw Nefarma

In de zomer van 1992 besluit Nefarma tot een ingrijpende reorganisatie. In de ledenvergadering van oktober 1992 worden de uitgewerkte voorstellen aangenomen. Nefarma wil overgaan naar een zuilensysteem, waarin innovatieve bedrijven en producenten van vrije-verkoop middelen in federatieve vorm samenwerken. Aanleiding hiertoe is de onvrede van innovatieve producenten over de vertegenwoordiging van hun belangen door Nefarma bij de totstandkoming van het GVS. Nefarma heeft niet kunnen voorkomen dat de overheid in 1991 het GVS invoerde.

De pijn — in de vorm van prijsverlagingen — die de producenten van merkgeneesmiddelen voelen, geeft ook impuls aan de wens om een meer op de innovatieve industrie toegespitste belangenvereniging te vormen. Een belangenvereniging die ook weer mee zou mogen doen in de geneesmiddelensector omdat, zoals de voorzitter van Nefarma Sanders zelf toegeeft: *'We kwamen een beetje buitenspel te staan'* [VK 05.12.92]. Vooral bedrijven als Glaxo voelen zich slecht vertegenwoordigd door Nefarma (zie ook blok 4.2) en Glaxo heeft dan ook in 1992 het lidmaatschap van Nefarma opgezegd.

Op het bureau van Nefarma volgen ook wisselingen. Sanders verlaat Nefarma in verband met het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd en het feit dat de functie van *full-time* voorzitter bij Nefarma gaat verdwijnen. Vanaf 1 januari 1993 is het voorzitterschap van Nefarma een deeltijd-functie, in handen van een zogenaamde *company man*. De eerste deeltijd-voorzitter wordt Kieboom, die daarvoor al vice-voorzitter van Nefarma was en daarnaast directeur van Organon Nederland en Organon International is. Dit maakt deel uit van een reorganisatie waardoor, zo zegt Kieboom zelf in een interview: *'de specifieke belangenbehartiging voor de op research gebaseerde bedrijven gemakkelijker wordt'* [Bijsluiter 1 1993:4].

Directeur Nijhuis, die als VVD-kamerlid zich sterk maakte voor het OPA en sinds 1 februari 1990 als directeur in dienst was, legt zijn functie per 1 november 1992 neer. *'Mr. G.B. Nijhuis heeft besloten zijn functie van algemeen directeur van Nefarma per 1 november neer te leggen. Zijn besluit houdt verband met het herstructureeringsplan van Nefarma. In het licht van die situatie heeft Nijhuis in goed overleg met het bestuur besloten zijn loopbaan elders voort te zetten'*, aldus het Nefarma-blad Bijsluiter [Bijsluiter 5 1992:5]. Ook voor de functie van algemeen directeur trekt men een *insider* aan, op 1 juli 1993 treedt Geesink aan als directeur. Hij is apotheker geweest, adviseur van de Ziekenfondsraad (en secretaris van de CMPC) en werkte de laatste jaren als *director communication & economic affairs* voor MSD in Haarlem [Innovator 1 1993:7].

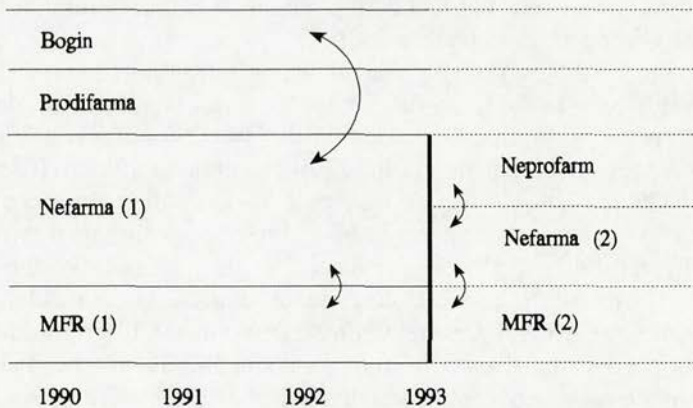
Met de reorganisatie valt Nefarma uiteen in een tweetal verenigingen, zoals ook te zien is in figuur 4.10.

De afkorting Nefarma staat voortaan voor de Nederlandse Vereniging van de Innoverende Farmaceutische Industrie, die samenwerkt met de Nederlandse Vereniging van de Farmaceutische Industrie van Zelfzorggeneesmiddelen, kortweg Neprofarm. De Nederlandse Stichting ter bevordering van Medisch-Farmaceutische Research (MFR) wordt een wetenschappelijk instituut binnen Nefarma (zie ook Bijsluiter 7 1990:32).

Hoewel generieke producenten geen lid kunnen zijn van Nefarma blijven wel banden bestaan tussen producenten van generieke- en merkgeneesmiddelen, bijvoorbeeld in termen van eigendomsverhoudingen.

Tegen het einde van de onderzoeksperiode (1990-1993) wordt tenslotte nog de Vereniging Euro Spécialité's (VES) opgericht, die zich specifiek inzet voor de belangen van parallel-importeurs. In de onderzoeksperiode profileert deze vereniging zich nauwelijks en is daarom ook niet opgenomen in figuur 4.10.

Figuur 4.10 De ontwikkeling van belangengroeperingen van producenten (fabrikanten en importeurs) van geneesmiddelen (1990-1993)



4.4.5 Geneesmiddelenbrief en het Transparantie Engagement

In november 1992 had staatssecretaris Simons de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid al toegezegd begin 1993 de Tweede Kamer te informeren over de kostenontwikkeling van de farmaceutische hulp en het verder te voeren beleid. Dit komt op 22 april 1993 in de vorm van de zogenaamde 'Geneesmiddelenbrief'.

Geneesmiddelenbrief

De Geneesmiddelenbrief bevat een aantal aanvullende beleidsmaatregelen die moeten bijdragen aan uitgavenbeheersing. Op basis van berekeningen van de Ziekenfondsraad wordt vastgesteld dat ten opzichte van de raming van het FOZ 1993 overschrijdingen te verwachten zijn van 296 miljoen gulden in 1992 en 459 miljoen gulden voor 1993 [Geneesmiddelenbrief 1993:6]. Deze ramingen van de ZFR worden als taakstellend gebruikt in de Geneesmiddelenbrief, waarvan de hoofdpunten zijn:

- 1) Een wettelijke maximering van de bruto-marge van de groothandel.
De – in internationaal verband gezien – relatief hoge marge van de farmaceutische groothandel in Nederland betekent volgens staatssecretaris Simons dat daarin ruimte is om deze omlaag te brengen. In Denemarken is een dergelijk beleid ook – met succes – gevoerd en wetgeving terzake is daarvoor dan ook in voorbereiding.
- 2) Een verlaging van de berekeningsgrondslag van de vergoedingslimieten in het GVS.
De verlaging van de berekeningsgrondslag van de vergoedingslimieten – zonder dat dit meer bijbetaling tot gevolg heeft, is volgens de Geneesmiddelenbrief aangewezen wanneer de groothandelsmarge omlaag gaat. Het gevolg

hiervan zal zijn dat de besparingen naar beneden in de verticale bedrijfskolom worden doorgegeven.

- 3) Het voortaan zeer selectief toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot Bijlage 6 van de Regeling farmaceutische hulp.

De grootste kostencomponent waaruit de overschrijdingen van de kosten voor geneesmiddelen bestaat, wordt gevormd door stijging van de materiële kosten. Voor 1992 is dit 180 miljoen gulden (uit 296 miljoen gulden) en voor 1993 bedraagt dit 280 miljoen gulden (uit 459 miljoen gulden) [Geneesmiddelenbrief 1993:6]. Stijging van de materiële kosten wordt veroorzaakt door de introductie van nieuwe geneesmiddelen, en/of prijsstijgingen en/of volume-groei. Vastgesteld wordt dat de groei van de materiële kosten met name veroorzaakt wordt door de introductie van nieuwe geneesmiddelen [Geneesmiddelenbrief 1993:7]. Daarom wil de staatssecretaris alleen middelen die een werkzame en veilige remedie zijn voor ziekten die tot nu toe niet langs medicamenteuze weg konden worden behandeld toelaten tot Bijlage 6, of tot nieuwe groepen in Bijlage 5. Vooral de toelating tot Bijlage 6 is daarbij erg belangrijk, omdat dit de niet-geclusterde geneesmiddelen zijn, die dus volledig voor vergoeding via de AWBZ in aanmerking komen. Bijlage 5 bevat de geclusterde geneesmiddelen, dat wil zeggen de in groepen ingedeelde onderling vervangbare geneesmiddelen.

- 4) Een beperking van het thans bestaande verstrekkingenpakket.

Met gebruikmaking van de toetsingssystematiek van de Commissie Dunning (zie 'Kiezen en Delen' 1991) wil de Staatssecretaris homeopathische en antroposofische geneesmiddelen niet meer voor AWBZ-vergoeding in aanmerking laten komen. Sinds 1 mei 1989 kan een ziekenfondsverzekerde, op recept verstrekte, antroposofische en homeopathische middelen vergoed krijgen. Deze maatregel is tot stand gekomen onder staatssecretaris Dees, destijds op aandringen van de Tweede Kamer. Het voornaamste argument om deze middelen nu uit de AWBZ te halen rust op de niet aangetoonde c.q. de niet aantoonbare werkzaamheid van deze middelen. Daarnaast wil Simons de zelfmedicatiemiddelen (de zogenaamde buiten-WTG middelen), die door de gevoerde indicatie danwel de verpakkingsgrootte (op recept) worden verstrekt via de AWBZ, uit de AWBZ halen, omdat het feitelijk om drogisterij-artikelen gaat.

- 5) Aanpassing van de tariefstructuur apotheekhoudenden en tevens compensatie voor de geraamde overschrijdingen voor de vergoeding aan apotheekhoudenden.

Door de stijgingen van het aantal receptregels in de laatste jaren zijn apothekers overgecompenseerd voor het inkomen en de praktijkkosten, aldus de Geneesmiddelenbrief. Per 1 januari 1994 zal het tarief aangepast moeten worden, waarbij ook eventueel de tariefstructuur gewijzigd wordt om deze minder volume-afhankelijk te maken.

De invulling van de taakstelling van de Geneesmiddelenbrief is weergegeven in tabel 4.4.

Tabel 4.4 *Invulling van de taakstelling in de Geneesmiddelenbrief
(in miljoenen guldens)*

	1993	1994	1995
Verlaging limieten / marge groothandel	---	40	110
Homeopathie / antroposofie / buiten-WTG uit de AWBZ	100	200	200
Beperking Bijlage 6			pm
Aanpassen apothekerstarieven	---	150	150
Overige pakketbeperking			pm
Compensatie overschrijdingen	100	390	460

Bron: Geneesmiddelenbrief 1993:22.

Het zojuist opgerichte Neprofarm is één van de weinige belangenorganisaties die zich verheugt over de Geneesmiddelenbrief, althans sprekend over het deel dat hen direct aangaat, de verwijdering van zelfmedicatiemiddelen uit het AWBZ-verstrekkingspakket. Neprofarm is het eens met de staatssecretaris van WVC om zelfmedicatiemiddelen niet langer via de AWBZ te vergoeden. Dit maakt een einde aan wat Neprofarm discriminerende elementen in het vergoedingssysteem noemt die de concurrentie verstoren. Producenten grepen de kans om hun geneesmiddelen vergoed te krijgen door indicaties op de bijsluiter te zetten die niet toegestaan zijn voor zelfzorggeneesmiddelen en de maximum toegestane verpakkingsgrootte overschrijden. Daardoor zijn deze produkten in ieder geval UA-middelen [Zelfzorg juni 1993:6-7]. Neprofarm komt duidelijk niet (alleen) op voor de belangen van apothekers, maar denkt vooral aan de drogisten. Met de plaatsing van zelfzorggeneesmiddelen buiten de AWBZ en/of het verdwijnen van de UA-aanduiding verliezen apotheehoudenden een stuk concurrentie-voorsprong ten opzichte van drogisterijen.

Nefarma heeft voornamelijk grote bezwaren tegen de maatregelen uit de Geneesmiddelenbrief. Met name de beperkte toegang tot Bijlage 6 – de nieuwe niet-geclusterde middelen met een volledige AWBZ-vergoeding – ziet men als een ernstige bedreiging van de innovatie. Volgens Nefarma kan dit betekenen dat patiënten straks niet meer kunnen beschikken over bijvoorbeeld geneesmiddelen met minder bijwerkingen en over enkele jaren zal Nederland het moeten stellen met een ernstig verouderd geneesmiddelenarsenaal [Innovator 1 1993:4-5].

De Bond van Groothandelaren (BvG) ontkent bij monde van voorzitter Hof dat de marge van de groothandel zo hoog is. Hof spreekt over hoogstens 15%, die na een verlaging zal dalen tot een onrendabele 10% [Trouw 29.05.93]. Het voortbestaan van de volledig gesorteerde groothandel is volgens hem in het geding.

Volgens de KNMP bevordert het GVS de concurrentie niet. Prijsverlagingen leiden door het volggedrag van producenten op termijn tot nieuwe limietprijzen en niet tot een groter marktaandeel. Omdat er geconcurrereerd wordt met bonussen en kortingen wordt de apotheek daarop aangekeken.

In antwoord en als alternatief op de aangekondigde maatregelen in de Geneesmiddelenbrief doen Nefarma, BvG en KNMP een gezamenlijk tegenaanbod, waarbij gelijk ook het gehele GVS opgeheven kan worden, samengevat in een akkoord dat het Transparantie Engagement genoemd wordt.

Transparantie Engagement

Het Transparantie Engagement bestaat uit de volgende hoofdlijnen: 1) de merk-geneesmiddelen zullen 3,5% in prijs verlaagd worden; 2) de generieke geneesmiddelen gaan 6% in prijs omlaag; 3) geïmporteerde geneesmiddelen dalen 4,5% in prijs; 4) alleen OPG, Brocacef en Interpharm (de leden van de BvG) krijgen het alleenrecht op de levering van medicijnen; en 5) alle kortingen aan apothekers worden op de facturen gemeld. Wanneer er structureel korting gegeven wordt, moet de prijs omlaag. In feite willen de apothekers daarmee de kortingen opgeven. De partijen garanderen een opbrengst van 160 miljoen gulden in 1993 (Geneesmiddelenbrief 100 miljoen gulden) en voor 1994 325 miljoen gulden (Geneesmiddelenbrief 390 miljoen gulden).

Voor de drie betrokken partijen zitten aan dit voorstel bijzonder aantrekkelijke kanten. Nefarma-leden kunnen bijvoorbeeld nieuwe geneesmiddelen op de markt blijven brengen tegen de prijs die ze daarvoor zelf willen vragen, de leden van de BvG kunnen eindelijk afrekenen met het verschijnsel van de rugzakgroothandelaren en het verdwijnen van bonussen en kortingen maakt de apothekers-industry minder aantrekkelijk voor nieuwe toetreders (zoals postorderfarmacie en het Ahold-initiatief, waarin ook schaalvoordelen een belangrijke rol spelen), waardoor de traditionele apotheker betere bescherming geniet.

De Bogin stelt mee te willen blijven praten en sluit zich daarom ook bij het Transparantie Engagement aan. Hoewel de Bogin weinig reden heeft om zich aan te sluiten omdat in de Geneesmiddelenbrief de producenten van generieke geneesmiddelen volledig buiten schot blijven. De Bogin heeft wel problemen met het alleenrecht op verkoop door de volledig gesorteerde groothandel i.c. de leden van de BvG. In Trouw zegt voorzitter Poelgeest van de Bogin daarover: *'Volgens het alternatief zouden alleen nog de volledig gesorteerde groothandels medicijnen mogen leveren. Sommige leden (van de Bogin: hs) leveren rechtstreeks aan de apotheker of zijn zelf voor een aantal medicijnen groothandelaar. In het alternatief mogen ze dat niet meer. Ze behouden zich het recht voor om in een latere fase alsnog hun medewerking te weigeren'* [Trouw 29.05.93].

De partijen van het Transparantie Engagement hopen er samen met WVC uit te komen. De nieuwe directeur van Nefarma, Geesink, zegt het als volgt: *'Geef ons tot december om er met Simons uit te komen...Maar ons bedrag (de besparingen volgens het Transparantie Engagement:hs) kunnen we garanderen. Simons moet nog maar zien of hij zijn bedrag haalt'* [Trouw 29.05.93].

De prijzen van geneesmiddelen worden door de producenten overigens nog steeds niet als te hoog ervaren. In dezelfde periode dat de discussie rond het Transparantie Engagement aan de gang is, verschijnt er in Innovator (het nieuwe Nefarma-blad dat Bijsluiteur vervangt) een interview met de farmacochemicus en hoogleraar Timmerman, waarin argumenten aangehaald worden ter verdediging van de relatief hoge prijzen in Nederland.

Wanneer Timmerman gevraagd wordt naar de oorzaak van de hoge geneesmiddelenprijzen in Nederland zegt hij: *'Nou dat is niet vanwege het geld dat aan marketing wordt uitgegeven. De reden is veel eerder dat de farmaceutische industrie 15 tot 20 procent van de omzet uitgeeft aan de ontwikkeling van geneesmiddelen. En het is daarom erg goed te verdedigen dat per land een vergelijkbare bijdrage wordt geleverd aan de kosten voor de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. In een land (zoals Nederland: hs) waar dus per hoofd van de bevolking weinig geneesmiddelen worden gebruikt, is het nodig dat de prijs van geneesmiddelen hoger ligt'* [Innovator 1 1993:21].

De redenering dat bij een laag consumptieniveau een hoge prijs hoort (zie ook hoofdstuk 1, naar aanleiding van tabel 1.4) wordt dus nog steeds als een geldig argument ervaren.

4.4.6 Afsluiting

Centrale ontwikkelingen in de Nederlandse geneesmiddelensector in de periode 1990-1993 zijn, zoals uit de voorgaande paragrafen blijkt: de afloop van het Omni-Partijen Akkoord, de aanloop tot en introductie van een ijkprijzenvergoedingensysteem i.c. het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem en de hervormingen in het veld van de belangengroeperingen van producenten van geneesmiddelen. Deze gebeurtenissen hebben zich ook min of meer – elkaar gedeeltelijk overlapend – voorgedaan in de volgorde waarin ze hierboven genoemd worden.

Doelen en middelen

De belangenvereniging van de producenten en importeurs van merkgeneesmiddelen Nefarma, blijft nog lang vasthouden aan het Omni-Partijen Akkoord (OPA) dat begin 1990 ter ziele gaat. Aanvullende voorstellen van de kant van Nefarma om het OPA alsnog te redden – extra besparingen om de kwantitatieve taakstelling van het akkoord te halen – worden niet meer (door de regering) geaccepteerd. De regering i.c. het ministerie van VWC krijgt de kans om het OPA opzij te zetten en haar oorspronkelijke plan – de introductie van een ijkprijzenvergoedingensysteem i.c. het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem – te implementeren.

Het ministerie van VWC is in het verleden, zoals we gezien hebben, geen voorstander van een zelfreguleringsplan als het OPA geweest. Tegen de brede bundeling van organisaties in het veld die het OPA als een gezamenlijk plan naar voren brachten, met aanvullende druk vanuit de Tweede Kamer, viel het OPA op een bepaald moment niet meer tegen te houden. Als begin 1990 de deelnemende organisaties i.c. de OPA-partners weer verschillende (aan de eigen organisatie

gebonden) niet-gemeenschappelijke doelen voorop zetten – en hun belangen pogen te optimaliseren, zoals het in paragraaf 4.3.7 genoemd is – en het OPA niet (geheel) de beoogde effecten heeft en daarnaast averechtse effecten (althans in termen van overheidsdoelen) als het inzakken van de substitutiedreiging heeft, ontstaat de kans om het akkoord aan de kant te schuiven. De averechtse effecten hebben dan vooral gevolgen voor de overheid (het niet behalen van doelstellingen van kostenbeheersingsbeleid), maar ook voor de Bogin, mede-ondertekenaar van het OPA, zoals in paragraaf 4.3 aan de orde geweest is. Nefarma die haar hele strategie gebaseerd heeft op het voortbestaan van het OPA komt daardoor, terwijl andere organisaties afhaken, in een steeds meer geïsoleerde positie te staan.

De invoering van het GVS wordt het hoofdpunt van beleid in de geneesmiddelen-sector – een centraal doel c.q. middel – althans voor het ministerie van WVC, met ondersteuning van de regering en met aarzeling vanuit de Tweede Kamer. Het GVS wordt gezien als het middel voor kostenbeheersingsbeleid in de toekomst. De weg naar de introductie van het GVS blijkt lang en moeilijk te zijn. Op 30 maart 1990 ontvangt de Tweede Kamer het voorstel voor het GVS en pas op 1 juli 1991 – 14 maanden later – wordt het systeem ingevoerd. Deze vertraging betekent ook een verlies aan potentiële besparingen. In het tijdperk tussen OPA en GVS schiet de groei van de farmaceutische hulp weer omhoog naar ruim 11% over 1990, hetgeen hoog is in vergelijking met de gemiddelde groei van de totale zorgsector in dat jaar, die dan bijna 7% bedraagt. In 1989 blijft de groei – onder het OPA-regime – beperkt tot onder de 4% (zie diagram 4.1). In geld uitgedrukt zou, wanneer de groei van de farmaceutische hulp in 1990 gelijk gebleven was aan die van de totale zorgsector in datzelfde jaar, een besparing van tegen de 200 miljoen gulden mogelijk geweest zijn. Een groei van de farmaceutische hulp in 1990 op het niveau van 1989 zou ruim 300 miljoen gulden gescheeld hebben (1% van de farmaceutische hulp in 1990 is bijna 47 miljoen gulden [Farma Feiten 1993:2, FOZ 1993]).

De weg naar de invoering van het GVS wordt vooral gekenmerkt door de pogingen van het ministerie van WVC om het systeem – middels onderhandeling – aan te passen naar aanleiding van de bezwaren – zowel op hoofd- als bijzaken – die het systeem oproept, vooral gerekend naar haar mogelijke effecten. Daarnaast poogt WVC ook op andere manieren organisaties over de streep te trekken, waarbij het meest sprekende voorbeeld wel de gang van zaken met betrekking tot de KNMP is. Na toezegging van een serie tegemoetkomingen aan apothekers, waaronder het 'algemeen fraude-pardon', lijkt de KNMP toch meer positieve elementen in het GVS te ontdekken dan voordien. Op het moment dat het OPA aan de kant moet en WVC de steun van de KNMP voor het GVS kan gebruiken worden de ECD-rapportages in maart 1990 doorgestuurd naar de Tweede Kamer, met een begeleidende brief van de staatssecretarissen van WVC en EZ waarin zij stellen verontrust te zijn over deze ontwikkelingen. Aan de eerste rapportages van de ECD is veel minder aandacht geschonken, terwijl deze qua onderwerp niet verschillen van de latere. Door het feit dat pas de rapportages van maart 1990 naar de Tweede Kamer gaan lijkt het of de ministeries van WVC

en EZ de ECD-rapportages (tevens) zien als een middel om de KNMP over te halen om steun te verlenen aan de MAF en daarmee aan het GVS.

Van de kant van de twee andere belangenverenigingen van producenten en/of importeurs de Bogin en Prodifarma wordt relatief weinig kritiek op het GVS gehoord. Zowel de ex-OPA-partner Bogin, als de meest fervente tegenstander van het OPA Prodifarma, gaat het veel beter onder een GVS-regime. Hun leden realiseren zelfs prijsverhogingen en hun omzet stijgt weer. Vooral de parallel-importeurs hebben veel baat bij het GVS, zoals bijvoorbeeld ook duidelijk blijkt uit de casus-bespreking in paragraaf 4.4.3 ten aanzien van anti-conceptiva.

Nefarma staat in de periode 1990-1993 niet meer in het centrum van de Nederlandse geneesmiddelensector, een situatie die bijna tegengesteld is aan de centrale positie die Nefarma inneemt in de jaren 1986-1989, de periode van de totstandkoming en introductie van het OPA (zie paragraaf 4.3). Om nogmaals de woorden van voorzitter Sanders in herinnering te roepen: '*We kwamen een beetje buitenspel te staan*' [VK 05.12.92]. Het Nefarma alternatief voor het GVS maakt in 1990 dan ook geen kans in het veld van de geneesmiddelensector en door deze *Alleingang* (het voorstel werd in feite alleen gedragen door Nefarma) drukt Nefarma zichzelf nog verder in de marge. Nefarma staat letterlijk buitenspel bij de ontwikkelingen in het geneesmiddelenbeleid die daarop volgen: het Convenant, de MAF, het GVS en de Geneesmiddelenbrief.

Intern begint de organisatie dan ook steeds meer de externe druk te voelen. Overduidelijke signalen als het opzeggen van het lidmaatschap van Nefarma door Glaxo, één van de grootste producenten van geneesmiddelen op de wereld en ook één van de belangrijkste leveranciers voor de Nederlandse markt, kan een belangengroepering als Nefarma zich niet permitteren. Eenheid onder de producenten van merkgeneesmiddelen is een voorwaarde voor een slagvaardig Nefarma en besloten wordt tot deze kern (weer) terug te keren. Er komt een reorganisatie om de kracht van de organisatie weer te vergroten, waarbij wel een minder breed perspectief gekozen wordt: Nefarma wordt dé organisatie voor de innoverende industrie, gekoppeld aan een nauwe samenwerking met de producenten van vrijeverkoop middelen. Deze laatste groep is al eerder (zie paragraaf 4.2) als een goed verenigbaar deel-belang voor de fabrikanten van specialité's genoemd. De belangen van de generieke producenten worden nu behalve *de facto*, zoals eigenlijk altijd het geval geweest is, ook *de jure* buitengesloten.

Het blijkt al snel onvoldoende succes te hebben, de beoogde effecten worden niet (geheel) gehaald: De Ziekenfondsraad raamt de groei van de farmaceutische hulp op 11% voor 1992, terwijl het FOZ 1993 uitging van 4,4%. Daarnaast veroorzaakt het GVS averechtse effecten als de prijsstijgingen van geneesmiddelen tot aan de vergoedingslimieten. De staatssecretaris komt met aanvullend beleid i.c. extra besparingen, voorgesteld in de zogenaamde Geneesmiddelenbrief [Geneesmiddelenbrief 1993:6]. De reactie van Nefarma op de Geneesmiddelenbrief, in samenwerking met de BvG en KNMP in de vorm van het zogenaamde Transparantie Engagement, doet weer denken aan de rol die Nefarma voor 1990 in de Neder-

landse geneesmiddelensector innam. Nefarma komt terug in het centrum van de geneesmiddelensector, zoekend naar alternatieven en bondgenoten.

Invloed: de zesde concurrentiekracht

In termen van determinanten van invloed verliest Nefarma haar gezag in de geneesmiddelensector als gevolg van het mislukken van het OPA. Daarnaast neemt ook de legitimiteit als bron van een invloedsrelatie af als het OPA verdwijnt. Niet alleen omdat de afspraken uit het OPA niet meer gelden, maar zelfs versterkt doordat deze afspraken geschonden zijn. Geschonden in die zin, dat de beoogde effecten in termen van besparingen niet gehaald zijn, hetgeen leidt tot onvrede van overheidszijde. Een ander voorbeeld in dit kader is de 'gedifferentieerde' verlaging van de prijzen van specialité's (dat wil zeggen alleen verlaging van de prijzen van merkgeneesmiddelen met generieke alternatieven). Door de Bogin wordt dit als een schending van het OPA ervaren.

Als de jaren 1986-1989 gekenschetst worden als de periode waarin het gezag van Nefarma en de legitimiteit van het OPA inhoudelijk als de belangrijkste invloedsdeterminanten gelden, dan zijn de jaren 1990-1993 te benoemen als de periode waarin de regering i.c. de ministeries van WVC en EZ hun invloedsbronnen weer optimaal pogen te benutten. Hierbij tekent zich dan nog een onderscheiding af tussen de twee bovengenoemde perioden, waarbij de eerstgenoemde vooral beheerst wordt door ideeën van deregulering i.c. de zelfregulering in het veld van de geneesmiddelensector en een tweede periode van hernieuwde regulering, hetgeen vooral tot uitdrukking komt in het GVS.

De overheid (de regering en met name het ministerie van WVC) maakt gebruik van het mislukken van het OPA en daarmee de afname van gezag en legitimiteit als bronnen van invloedsrelaties van (andere) belangengroeperingen in het veld van de geneesmiddelensector om macht als invloedsfactor te benutten. Zo kunnen ook dwang en sancties gebruikt worden wanneer de middelen daarvoor voor handen zijn. De overheid gebruikt haar machtsmiddelen, ze dwingt zoals bijvoorbeeld met het dreigen met de inzet van mededingingswetgeving om de prijzen van anti-conceptiva naar beneden te dwingen. Met de acceptatie van het GVS (in beginsel) door de Tweede Kamer en verschillende organisaties in het veld, zoals bijvoorbeeld in het kader van de MAF, neemt ook legitimiteit als bron van invloed voor WVC toe.

Als blijkt dat het GVS ook niet (geheel) aan haar beoogde effecten voldoet, blijkt uit de Geneesmiddelenbrief dat vooral de factor macht nog voorop staat voor het ministerie van WVC. Sancties en dwang worden voorgesteld om nieuwe besparingen te halen. Organisaties in het veld zien zich hierdoor in gelijke mate getroffen, wat voldoende voeding geeft aan een ('nieuw') gemeenschappelijk doel: het afwenden van de maatregelen uit de Geneesmiddelenbrief. In onderhandeling vinden Nefarma, de BvG en de KNMP elkaar weer en het Transparantie Engagement is na het OPA het nieuwste initiatief van het veld zelf.

De *indirecte* invloed van de belangengroeperingen op de intensiteit van de concurrentie kan voor de periode 1990-1993 duidelijk gemaakt worden, door te

letten op de beïnvloeding via de concurrentiekracht van de dreiging van substituten. In dat kader leidden de afspraken die gemaakt werden in het kader van de Meerjaren Afspraak Farmaceutische hulp (MAF), waarbij onder andere de stimulanspremie voor apotheekhoudenden verhoogd werd – dat wil zeggen van 20% naar 33,3%: het pre-OPA niveau – tot een bijdrage aan een verhoging van de dreiging van substituten (zie paragraaf 4.4.2). Door de hogere stimulanspremie nam de geneigdheid tot substitueren van apothekers toe en in termen van de relatieve prijs van een substituuut, werd het financieel voor apothekers (weer) interessanter om merkgeneesmiddelen te substitueren door alternatieven. De determinanten van de concurrentiekracht van de dreiging van substituten 'geneigdheid tot substitueren' en 'de relatieve prijs van een substituuut' dragen daarmee bij aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie.

Enige inhoudelijke kanttekeningen zijn hierbij nog wel op zijn plaats. In de periode 1990-1993 heeft de stimulanspremie steeds meer aan betekenis verloren. In de MAF werd ook afgesproken dat apotheekhoudenden bonussen en kortingen mochten behouden, waardoor de kortingen die men ontvangt op het ene produkt financieel interessanter kunnen zijn, dan de stimulanspremie die men ontvangt bij het afleveren van het andere (goedkopere) produkt. Daarnaast blijken, door de invoering van het GVS, het vooral de parallel-geïmporteerde geneesmiddelen te zijn die een sterke omzetstijging laten zien, in 1991 stijgt de omzet van generieke produkten met 20% en die van parallel-geïmporteerde geneesmiddelen met 60% [FOZ 1993:189].

Duidelijk is in ieder geval de toenemende dreiging van substituten in de periode 1990-1993. De gezamenlijke omzet van generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen stijgt in 1990 met 17%, in 1991 met 21% en in 1992 met 25% (schatting) [FOZ 1993:189].

De *directe* invloed op de intensiteit van de concurrentie komt tot stand door de effecten die het GVS (zie paragraaf 4.4.3) op het micro-niveau, op de prijsstelling, prijsstrategie en omzetvolumes van de individuele ondernemingen heeft en daarmee op de intensiteit van de concurrentie en als gevolg daarvan op de winstgevendheid van ondernemingen.

De GVS-clustering van geneesmiddelen met eenzelfde therapeutische werking – een indeling waartegen producenten en importeurs grote bezwaren hadden – leidde tot een directe reactie met betrekking tot de prijsstelling van produkten, tot prijsstrategieën voor produkten en produktgroepen en het betekende in voorkomende gevallen omzetverlies of omzetstijging voor bedrijven. Op deze manier leidt de concurrentiekracht van de invloed van belangengroeperingen – waarbij de determinant macht als centrale determinant al genoemd en besproken is en als centrale belangengroepering, die deze machtsmiddelen aanwendt, overheden (en met name het ministerie van WVC) geïdentificeerd zijn – tot een directe beïnvloeding van de intensiteit van de concurrentie en daarmee de winstgevendheid van ondernemingen.

Dat de GVS-clustering voor individuele ondernemingen een directe invloed had op de intensiteit van de concurrentie op het *industry*-niveau, kan nog duidelijker gemaakt worden door te kijken naar de reacties van ondernemingen in dit kader. Al eerder zijn in dit hoofdstuk twee voorbeelden van reacties naar

aanleiding van de GVS-clustering aan de orde geweest: in blok 4.1 werd gesproken over anti-conceptiva en in blok 4.2 over het produkt Imigran van de onderneming Glaxo (zie paragraaf 4.4.3).

Ten aanzien van de produktgroep anti-conceptiva reageerden drie ondernemingen, die samen ruim 90% van de Nederlandse markt voor anti-conceptiepillen in handen hadden, op de GVS-clustering door hun prijzen met gemiddeld 45% te verhogen, er blijkbaar van uitgaande dat er geen alternatieven waren voor hun nieuwere produkten. Doordat vanuit het ministerie van EZ gedreigd werd met de toepassing van de Wet Economische Mededinging (WEM) verlaagden twee bedrijven hun prijzen weer en bleef het Nederlandse Organon als enige de verhoogde prijsstelling handhaven. Organon Nederland verloor daarop bijna haar hele afzet in Nederland van de produkten met een verhoogde prijs aan haar Engelse importeur, die Nederlandse parallel-importeurs beleverde met de Organon produkten. Voor de parallel-importeurs betekende deze ontwikkeling een enorme omzetsijging.

De GVS-clustering leidde ook tot problemen voor Glaxo, met betrekking tot de prijsstelling van één produkt: Imigran. Door de hoge prijs van Imigran en de indeling daarvan in een bepaald GVS-cluster betekende dit bijbetaling voor patiënten in de orde van grootte van ruim 25 gulden per tablet. Voor Glaxo, die een relatief smalle produktportefeuille heeft – het bedrijf steunt op een paar zéér winstgevende produkten – was het handhaven van de prijsstelling gekoppeld aan het streven naar een volledige vergoeding van het produkt essentieel. Het gevolg hiervan was een jarenlang steekspel met als hoofdrolspelers de producent Glaxo en het ministerie van WVC, waarbij strategieën van prijsstelling gekoppeld aan verschillende toedieningsvormen en een dreigen met maatregelen de inzet vormden.

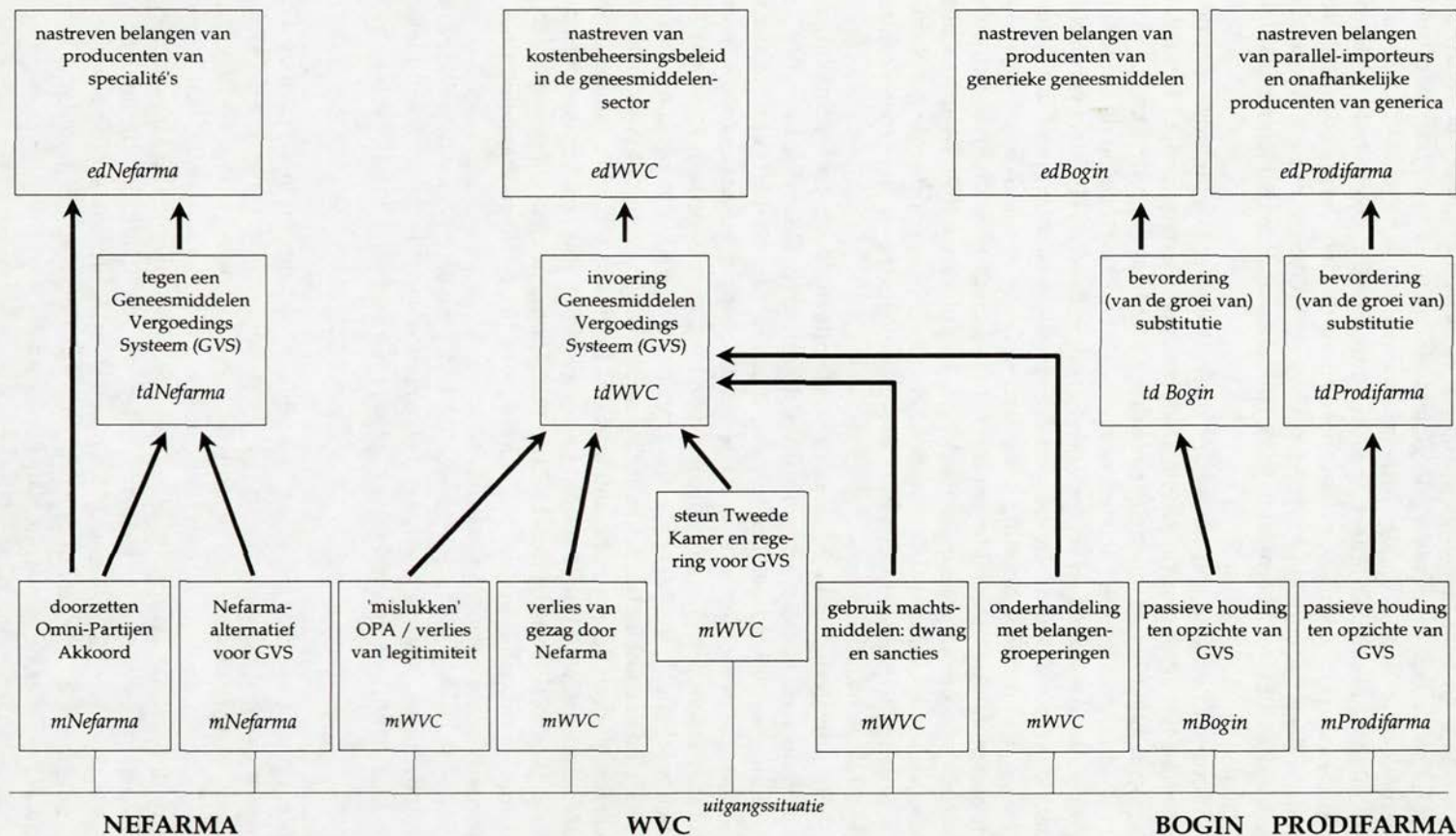
Dat de GVS-clustering directe consequenties heeft gehad voor Organon en Glaxo in termen van prijsstelling, prijsstrategie en omzetvolumes wordt hiermee duidelijk geïllustreerd, evenals de directe invloed op de (intensiteit van de) concurrentie (zie verder ook blok 4.1 en blok 4.2).

Een meer-actoren-schema voor de casus in de periode 1990-1993

In figuur 4.11 zijn de ontwikkelingen in de periode 1990-1993 ten aanzien van het GVS in een meer-actoren-schema gezet, met de belangenverenigingen van producenten en importeurs van geneesmiddelen in Nederland: Nefarma, Bogin en Prodifarma en de belangrijkste overheid in dit kader: het ministerie van WVC.

Zoals hiervoor al gezegd is, treedt het ministerie van WVC in de periode na 1989 (weer) op als een belangrijke bepaler van de gang van zaken in de geneesmiddelensector. Deze ruimte ontstaat door het mislukken van het OPA; het niet halen van de doelstellingen van het akkoord. Daarnaast valt de coalitie van ondertekenaars van het akkoord snel uiteen, onder andere als gevolg van onderlinge meningsverschillen waarbij ook verwijten over de inzet ten aanzien van het behalen van doelstellingen een rol spelen. Verder kan WVC gebruik maken van ruimte die ontstaat door het wegvallen van Nefarma als belangrijke drager van het OPA.

Figuur 4.11 Een meer-actoren schema voor Nefarma, WVC, Bogin en Prodifarma; belangrijke ontwikkelingen in de periode na 1989: het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)



Nefarma heeft haar hele strategie op het OPA geënt en met het verdwijnen van het OPA, verliest zij gezag in de geneesmiddelensector en haar voorttrekkersrol en mede doordat zolang nog vastgehouden wordt aan het akkoord, terwijl andere organisaties al afhaken, raakt Nefarma geïsoleerd. Zelf versterkt Nefarma deze geïsoleerde positie ook nog door met een alleen door haar gedragen alternatief voor het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) te komen. Alleen al om die reden kan het ministerie van WVC dit alternatief redelijk gemakkelijk opzij leggen.

Voor het bereiken van Nefarma's tussendoel, het tegenhouden van de invoering van het GVS, zijn de aangewende middelen onvoldoende. De isolatie van Nefarma blijkt ook als men kijkt naar de andere kant van de figuur, waar Bogin en Prodifarma afgebeeld staan. Voor hen geldt, met het oog op de einddoelen van hun organisaties, dat een verzet tegen het GVS, waarvan als effect verwacht wordt dat de groei van de substitutie zich zal herstellen naar een pre-OPA-niveau, niet wijs is. Hun passieve houding in de aanloopfase van het GVS, gekoppeld aan het uitbuiten van de mogelijkheden die het GVS biedt voor de groei van substitutie als het systeem in werking getreden is, begint vanaf 1991 weer vruchten af te werpen als de markten voor generieke en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen weer een groeipercentage kennen dat een veelvoud is van het groeipercentage van de totale markt.

Het ministerie van WVC staan verschillende middelen ter beschikking om haar tussendoel, de invoering van het GVS, te realiseren. De invloed van WVC is in de periode na 1989 duidelijker te zien, dan die van bijvoorbeeld Nefarma in de periode daarvoor. Een belangrijke reden daarvoor is de aanwending van de determinant macht (met de mogelijkheid van dwang en sancties), waarover Nefarma niet beschikte, zoals hiervoor al geconstateerd is. De aanwending van machtsmiddelen in combinatie met onderhandeling zorgt ervoor dat WVC medestanders verzamelt voor de invoering van het GVS. In die zin zou, wanneer de apothekersorganisatie KNMP ook in figuur 4.11 opgenomen zou zijn, bijvoorbeeld de Meerjaren Afspraak Farmaceutische hulp (MAF) opgenomen kunnen worden als een gemeenschappelijk middel ten behoeve van het gemeenschappelijk doel van de invoering van een GVS (*gmWVC/KNMP*).

De determinant van machtsrelaties kan prevaleren door de relatieve afname van het belang van de gezags- en legitimiteitsrelaties in de geneesmiddelensector, veroorzaakt door het verlies van gezag door Nefarma en het mislukken van het OPA.

Met deze afsluitende paragraaf over de ontwikkelingen in de periode 1990-1993 wordt hoofdstuk 4 afgesloten. De bespreking in deze paragraaf (4.4.6) en de afsluitende paragraaf over de ontwikkelingen in de periode 1986-1989 (paragraaf 4.3.7) geven de kern van dit hoofdstuk weer. In het volgende, laatste hoofdstuk van deze studie, wordt dit onderzoek afgesloten met het naast elkaar leggen en aan elkaar relateren van de resultaten uit hoofdstuk 3: '(de analyse van) de concurrentie in de geneesmiddelensector' en hoofdstuk 4: '(de analyse van) de strategie in de geneesmiddelensector'. Tot slot volgt in hoofdstuk 5 nog een paragraaf over de relevantie van deze studie.

5.1 INLEIDING

Direct al vanaf de start van dit onderzoeksproject werd uitgegaan van een twee-sporen-benadering om tot een beter inzicht te komen in:

- 1) de concurrentieverhoudingen tussen ondernemingen in de geneesmiddelen-sector, waarvan de neerslag te vinden is in hoofdstuk 3; en
- 2) de strategie van belangengroeperingen (inclusief overheden) binnen deze sector, waarover hoofdstuk 4 gaat.

In eerste instantie leek deze dissertatie dan ook uit twee delen te gaan bestaan, het onderdeel Concurrentie en het onderdeel Strategie, die min of meer los van elkaar begrepen konden worden. Gedurende het onderzoeksproces groeide het besef, dat de concurrentieverhoudingen tussen de individuele ondernemingen en de strategie van de belangengroeperingen, waaronder de overheid, binnen de farmaceutische sector elkaar wederzijds sterk beïnvloeden. Zo sterk dat een geïntegreerde analyse van concurrentie en strategie een beter inzicht kan verschaffen in zowel de concurrentieverhoudingen als de strategische posities en acties van de belangengroeperingen, inclusief de overheid, alsmede de wederzijdse beïnvloeding, respectievelijk wisselwerking in deze sector.

De directe relatie tussen de analyses van concurrentie en strategie in de geneesmiddelensector wordt aan de ene kant via het belang van substitutie in de geneesmiddelensector – als een belangrijke structurele eigenschap van de markt voor geneesmiddelen – doorgetrokken vanuit de concurrentiële analyse naar de analyse van de strategie: de (re)acties van de belangengroeperingen van producenten met betrekking tot de substitutiekrachten op het *industry*-niveau. Dit vormt met andere woorden de invloed van de belangengroeperingen, die als ‘zesde concurrentiekracht’ opgevoerd is, waardoor de verbinding aan de andere kant ook vanuit de strategische analyse naar de analyse van concurrentie gelegd is.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies uit de vorige hoofdstukken samengevat. In deze studie staat het analyiseniveau van de *industry* centraal, waarbij gekozen is voor het hanteren van het begrip geneesmiddelensector

wanneer 'alle' *industries* (zoals die voor producenten en groothandelaren) bedoeld worden, alsmede de belangengroeperingen (inclusief overheden).

Op het *industry*-niveau zullen eerst de resultaten van de analyse van de concurrentie in de geneesmiddelensector behandeld worden. Deze analyse van de concurrentiële structuur is uitgevoerd met behulp van een samenvoeging van twee versies van 'het' vijf-krachtenmodel van Porter [1980, 1985], met de toevoeging van een zesde kracht: 'de invloed van belangengroeperingen'. In termen van de casus-studie ligt de nadruk op de substitutiekrachten in de *industry*, hetgeen ook tot uitdrukking komt in de centrale rol van de derde concurrentiekracht: 'de dreiging van substituten'. In het kader van deze concurrentiekracht gaat het in de geneesmiddelensector met name om de substitutie tussen enerzijds specialité's en generieke geneesmiddelen en anderzijds tussen regulier geïmporteerde- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen. De analyse van de strategie heeft ook plaats op het niveau van de *industry*, of eigenlijk de *industries* binnen de geneesmiddelensector. Met behulp van het meer-actoren-model van Kuypers [1976] wordt de geselecteerde casus: 'de ontwikkelingen (in de strategie) van belangengroeperingen van producenten van geneesmiddelen in Nederland in de periode 1986-1993' onderzocht. Het instrument van het meer-actoren-schema wordt behalve voor beschrijving, ook gebruikt om tot een invulling van de zesde concurrentiekracht 'de invloed van belangengroeperingen' te komen. Dat wil zeggen, de determinanten van de concurrentiekracht van 'de invloed van belangengroeperingen' worden op grond van de analyse van de relaties tussen de belangengroeperingen, als actoren, nader ingevuld. Voor deze belangengroeperingen van producenten speelt evenzeer substitutie een centrale rol, omdat hun specifieke achterban bepaalde (verschillende) belangen nastreeft. De hierboven genoemde vormen van substitutie – enerzijds tussen specialité's en generieke geneesmiddelen en anderzijds tussen regulier geïmporteerde- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen – weerspiegelen ook belangengroeperingen die tegenover elkaar staan. In het kader van de casus (belangengroeperingen van producenten) zijn dat respectievelijk enerzijds Nefarma versus Bogin en anderzijds Nefarma versus Prodifarma. Daarnaast speelt in deze analyse de overheid en met name het ministerie van WVC een centrale rol, vooral in het kader van kostenbeheersing. In het algemeen gesproken is WVC te zien als een voorstander van substitutie (met goedkopere alternatieven voor regulier geïmporteerde specialité's, zoals generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen), tenminste wanneer gesproken wordt over kostenbeheersingsbeleid. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de relevantie van deze studie.

5.2 DE INTENSITEIT VAN DE CONCURRENTIE BINNEN DE INDUSTRIES VAN PRODUCENTEN, GROOTHANDELAREN EN APOTHEKERS

Producenten

- a) Met betrekking tot de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van producenten van geneesmiddelen (zie paragraaf 3.2.5) werd geconstateerd dat de entree-barrières hoog zijn. Daarmee zijn de mogelijkheden om toe te treden

tot de markt relatief beperkt, waardoor een situatie bestaat in het voordeel van de bestaande aanbieders, hetgeen bijdraagt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie.

- b) De intensiteit van de rivaliteit tussen de bestaande concurrenten bleek minder uitgesproken in één richting te wijzen. Sommige determinanten droegen bij aan een verhoging van de intensiteit van de rivaliteit, anderen aan verlaging daarvan. Het effect van de intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten binnen de *industry* van producenten in de geneesmiddelensector heeft daarmee geen eenduidig effect op de intensiteit van de concurrentie.
- c) De dreiging van substituten is ronduit hoog genoemd, waardoor deze concurrentiekracht bijdraagt aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie.
- d) Tot slot is de onderhandelingsmacht van de producenten als aanbieders, in relatie tot groothandelaren als afnemers, als relatief zwak getypeerd. In termen van de onderhandelingspositie van de groothandel ten opzichte van de onderhandelingspositie van de producenten als aanbieder, blijken meer determinanten in het voordeel van de groothandel te werken. Deze concurrentiekracht draagt daarmee bij aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van producenten in de geneesmiddelensector.

Groothandelaren

- a) Binnen de *industry* van groothandelaren in geneesmiddelen (zie paragraaf 3.3.6), waarbij met name gesproken wordt over de volgesorteerde groothandel, bestaan hoge entree-barrières, die potentiële toetreders weren, hetgeen bijdraagt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van de groothandelaren. Eenzelfde situatie als die aangetroffen werd binnen de *industry* van producenten.
- b) De intensiteit van de rivaliteit tussen de bestaande concurrenten in termen van een effect op de intensiteit van de concurrentie bleek voor groothandelaren niet eenduidig, ook vergelijkbaar met de situatie voor producenten.
- c) De grote dreiging van substituten op het niveau van de geneesmiddelen draagt voor de *industry* van de groothandelaren bij aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie. Hierbij wordt nogmaals uitdrukkelijk gewezen op de centrale plaats van de groothandel in wat in hoofdstuk 3 een substitutie-netwerk genoemd is. Door naast het (groot)handelen in specialité's, tevens generieke geneesmiddelen te produceren en te verhandelen en parallel te importeren, via veelal eigen (dochter)ondernemingen, is de reguliere groothandel 'op veel markten thuis', in die zin dat zij verschillende alternatieven kan leveren.
- d) De dreiging van substituten in termen van de groothandelsfunctie, is ook als hoog getypeerd, waardoor ook de intensiteit van de concurrentie verhoogd wordt. In dit kader is ook geconcludeerd dat een toekomst met (meer) alternatieven voor de nu nog grotendeels uniforme structuur van de geneesmiddelensector zal kunnen leiden tot een meer onzekere toekomst voor de (reguliere) groothandelaren in de geneesmiddelensector.

- e) Voor wat betreft de onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers, in relatie tot producenten als aanbieders, bleek deze noch specifiek in het voordeel van de groothandelaren, noch specifiek in het voordeel van de producenten te werken. Het effect hiervan op de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van de groothandelaren is daarmee niet eenduidig te noemen.

Opvallend is een verschil met betrekking tot de onderhandelingsmacht van producenten en groothandelaren, respectievelijk als aanbieders en afnemers. De onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders (in relatie tot groothandelaren als afnemers), levert een bijdrage aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie (binnen de *industry* van producenten). De onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers (in relatie tot producenten als aanbieders), heeft geen eenduidig effect op de intensiteit van de concurrentie (binnen de *industry* van groothandelaren). Dit wordt veroorzaakt door het gebruik van (deels) verschillende determinanten in de twee genoemde concurrentiekrachten. Bij de analyse van de onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders worden 5 (uit 7) determinanten gebruikt (zie paragraaf 3.2.5) en bij de analyse van de onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers 5 (uit 12) (zie paragraaf 3.3.6). Slechts twee determinanten (concentratie en substituten) zijn in beide analyses terug te vinden en dus ook hetzelfde ingedeeld, dat wil zeggen als werkend in het voordeel van groothandelaren.

- f) Met betrekking tot de onderhandelingsmacht van de groothandelaren als aanbieders, in relatie tot de apothekers als afnemers, werken sommige determinanten in het voordeel van de groothandelaren, anderen in het voordeel van de apothekers. Deze concurrentiekracht heeft daarmee geen eenduidig effect op de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van groothandelaren.

Apothekers

- a) Voor de *industry* van apothekers (zie paragraaf 3.4.5) zijn de resultaten van de analyse met betrekking tot de potentiële toetreders gelijkloeiend aan die welke gevonden werden voor producenten en groothandelaren, de entreebarrières zijn hoog en dit draagt bij aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie voor apothekers. Tegelijkertijd is wel gesignaleerd dat ontwikkelingen in de markt, gekoppeld aan de contracteervrijheid van zorgverzekeraars en de opkomst van alternatieve aanbieders, buiten de structuur van de (traditionele) openbare apotheken, gunstige perspectieven bieden voor nieuwe intreders.
- b) De rivaliteit tussen de bestaande concurrenten in de vigerende structuur van openbare apotheken bleek niet intensief te zijn, hetgeen ook bijdraagt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie.
- c) In het verlengde van de conclusies naar aanleiding van de analyses met betrekking tot de substitutiedreiging voor producenten en groothandelaren in geneesmiddelen, bleek ook de dreiging van substituten voor apothekers op het niveau van het produkt geneesmiddelen groot. Dit betekent een bijdrage

aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie binnen de *industry* van apothekers.

- d) De dreiging van substituten ten aanzien van de apothekersfunctie wees minder uitgesproken in één richting, waardoor het effect daarvan op de intensiteit van de concurrentie niet eenduidig genoemd is. Wel werd al gesteld dat, in het kader van de hiervoor ook genoemde alternatieven voor de (traditionele) openbare apotheker, er in potentie een verhoogde substitutiedreiging voor de traditionele openbare apotheker bestaat.
- e) Tot slot werd de onderhandelingsmacht van apothekers als afnemers, in relatie tot groothandelaren als aanbieders, relatief sterk genoemd, waardoor deze concurrentiekracht een bijdrage vormt aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie.

Opvallend is hier het verschil met betrekking tot de onderhandelingsmacht van groothandelaren en apothekers, respectievelijk als aanbieders en afnemers. De onderhandelingsmacht van groothandelaren als aanbieders (in relatie tot apothekers als afnemers) heeft geen eenduidig effect op de intensiteit van de concurrentie (binnen de *industry* van groothandelaren). De onderhandelingsmacht van apothekers als afnemers (in relatie tot groothandelaren als aanbieders) levert echter wel een bijdrage aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie (binnen de *industry* van apothekers). Ook hier ligt de oorzaak daarvan in het gebruik van (deels) verschillende determinanten in de twee genoemde concurrentiekrachten, net als bij de geconstateerde verschillen tussen de onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders en groothandelaren als afnemers, waarover hiervoor gesproken is.

In tabel 5.1 zijn voor alle drie de *industries*, die in deze studie aan de orde geweest zijn, de resultaten ten aanzien van de analyse van de intensiteit van de concurrentie samengevat.

5.3 DE INTENSITEIT VAN DE CONCURRENTIE PER CONCURRENTIEKRACHT

Tot nu toe is er vooral gesproken over de *industries* van producenten, groothandelaren en apothekers, maar is nog weinig gezegd over in het kader van een vergelijking van de diverse niveaus per concurrentiekracht.

Kijkend naar tabel 5.1 valt allereerst op hoe weinig plusjes daarin terug te vinden zijn, dat wil zeggen 5 uit een maximum aantal mogelijkheden van (in principe) 18. Doordat in het kader van dit onderzoek op voorhand al een aantal mogelijkheden niet meegenomen zijn (de dreiging van substituten op het functie-niveau voor producenten, de onderhandelingsmacht van producenten als afnemers en de onderhandelingsmacht van apothekers als aanbieders), is het maximum aantal mogelijkheden reëel gezien 15. Binnen het in deze studie gebruikte analysekader betekent het ontbreken van (veel) plusjes, in het algemeen gesproken het ontbreken van de invloed van krachten die de intensiteit van de concurrentie verhogen.

Tabel 5.1 *De analyse van de intensiteit van de concurrentie voor een drietal industries in de geneesmiddelensector: producenten, groothandelaren en apothekers*

CONCURRENTIEKRACHTEN		INDUSTRY		
		producenten	groothandelaren	apothekers
K1	potentiële toetredingen / entree-barrières	-(1)	-	-
K2	intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten	+/(2)	+/-	-
K3a	dreiging van substituten: produktniveau	+(3)	+	+
K3b	dreiging van substituten: functieniveau	(4)	+	+/-
K4	onderhandelings-macht van afnemers	(5)	+/-	-
K5	onderhandelings-macht van aanbieders	+	+/-	(6)

- (1) '-' (con -) betekent: een bijdrage aan een verlaging van de intensiteit van de concurrentie (zie paragraaf 2.2.1).
 (2) '+/-' (con +/-) betekent: geen eenduidig effect op de intensiteit van de concurrentie (zie paragraaf 2.2.1).
 (3) '+' (con +) betekent: een bijdrage aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie (zie paragraaf 2.2.1).
 (4) Niet van toepassing voor de *industry* van producenten van geneesmiddelen (zie paragraaf 3.2).
 (5) Niet onderzocht voor producenten in relatie tot hun toeleveranciers (zie paragraaf 3.1.4).
 (6) Niet onderzocht voor apothekers in relatie tot hun afnemers i.c. consumenten/patiënten (zie paragraaf 3.1.4).

In tabel 5.1 is ook uitstekend te zien hoe uitgesproken opvallend en bepalend de bijdrage van de concurrentiekracht van de dreiging van substituten voor de verhoging van de intensiteit van de concurrentie in de geneesmiddelensector is. Van de vijf keer dat geconstateerd is dat een concurrentiekracht bijdraagt aan een verhoging van de intensiteit van de concurrentie in de drie onderzochte *industries*, vindt dit vier keer plaats binnen het kader van de concurrentiekracht van de dreiging van substituten. Daarbij past dan nog de constatering dat voor groothandelaren en apothekers een verhoogde substitutiedreiging ten aanzien van

geneesmiddelen als produkt vooral faciliteert. Dat wil zeggen, de relatief grote dreiging van substituten betekent voor groothandelaren en apothekers een potentiële vergroting van hun mogelijkheden om winst te maken (zie de paragrafen 3.3.6 en 3.4.5).

In hoofdstuk 2 (zie paragraaf 2.3) is een vergelijking gemaakt tussen verschillende bedrijfstakken. Daarbij viel de geneesmiddelensector, in een vergelijking met onder andere de industrieën voor huishoudelijke apparatuur, voedings- en genotmiddelen en telecommunicatie, vooral op door haar marktverstoringen. Voorbeelden daarvan zijn: een gebrek aan prijsconcurrentie, het relatief grote belang van octrooien, de in-elastische vraag en het ontbreken van keuzes door de consument. De constatering dat de concurrentie in de geneesmiddelensector (in het algemeen) niet intensief te noemen is, zoals naar aanleiding van deze analyse geconcludeerd werd, past in hetgeen op grond van de vergelijking in paragraaf 2.3 verwacht werd.

Over de entree-barrières in de geneesmiddelensector voor alle drie de onderzochte *industries* is het mogelijk kort te zijn. De entree-barrières zijn op alle drie de onderzochte *industries* hoog en de markt(en) daarmee beschermd tegen potentiële toetreders. Voor de groothandel en de apotheker beginnen zich wel, zoals al opgemerkt is, alternatieven aan te dienen die de positie van de reguliere groothandel en de (traditionele) openbare apotheker bedreigen. Interessant is vooral dat nieuwe initiatieven ten aanzien van de detailhandelsfunctie *en passant* de groothandelsfunctie kunnen meenemen. Zo is de postorder-farmacie vooral gericht op het (gedeeltelijk) vervangen van de functie van de openbare apotheker, maar 'loont het extra' om ook te groothandelen. Een systeem met zogenaamde megapotheken voor een groot verzorgingsgebied werkt dit ook in de hand, omdat de functies van groothandel en apotheker zo relatief gemakkelijk ineen te schuiven zijn. De grootte van het verzorgingsgebied i.c. het aantal consumenten, is vooral van belang wanneer men volgesorteerd wil groothandelen. De omzet van zogenaamde *slow-movers* moet gecompenseerd kunnen worden met een voldoende omzet van *fast-movers*, tenminste wanneer men dezelfde (dure) service zou willen bieden als de huidige volgesorteerde groothandel.

In het kader van de dreiging van de substituten voor respectievelijk de groothandels- en apothekersfunctie betekent dit dat voor de groothandel de sterke relaties met de openbare apotheker tegelijkertijd de voornaamste (huidige) sterkte en (toekomstige) zwakte van de groothandel zijn. In het verlengde daarvan is vooral de constatering, dat de onderhandelingsmacht van de groothandel als aanbieder (ten opzichte van de apotheker als afnemer) niet groot is, van belang. In tabel 5.1 is weergegeven dat het effect daarvan niet eenduidig is. Daarnaast blijkt wel dat de onderhandelingsmacht van de apotheker als afnemer niet sterk is op het apothekersniveau en dat zelfs enig voordeel voor de groothandel te bespeuren is. Op het verschil tussen de onderhandelingsmacht van de aanbieder/groothandel ten opzichte van de afnemer/apotheker ten aanzien van de intensiteit van de concurrentie is in paragraaf 5.2 al gesproken. Hier is inhoudelijk vooral van belang dat een eventuele toekomstige afname van de afhankelijkheid van de openbare apotheker voor de groothandel betekent dat dit voordeel voor de groot-

handel, zeker wanneer er een toekomstige situatie zou ontstaan waarin de (openbare) apotheker een minder prominente rol speelt, optimaal benut kan worden.

Ook de substitutiedreiging in de geneesmiddelensector werkt in eerste instantie in het voordeel van de groothandelaren, omdat zij 'in huis' een optimale substitutie-mix kunnen bepalen. Dit komt behalve in hun relatie als aanbieder ten opzichte van de apotheker als afnemer, ook tot uiting in de relatie als afnemer van de producenten van geneesmiddelen. In tabel 5.1 wordt daarbij ook het relatieve voordeel van de groothandel weergegeven. Samenvattend blijft het voor de groothandel zaak om intern naar de optimale substitutie-mix te blijven zoeken, zowel voor de strategie naar haar aanbieders als afnemers.

Voor apothekers speelt ten aanzien van een dreigende substitutie van de apothekersfunctie één determinant in het kader van de potentiële toetredingen een belangrijke rol. Hoewel de entree-barrières voor de *industry* van apothekers hoog zijn, ontbreken schaalvoordelen veelal in de huidige structuur van openbare apothekers, waarin apothekers met één of soms twee apotheken nog het meeste voorkomen. Nieuwe intreders als de postorder-farmacie hopen juist gebruik te maken van schaalvoordelen in de toekomst. Schaalvergroting binnen de structuur van bestaande concurrenten, zoals bijvoorbeeld door (regionale) deelname als dochters binnen een moederbedrijf, zou dit concurrentiële voordeel voor nieuwe intreders wegnemen. Daarnaast zou een dergelijke schaalvergroting, behalve als bescherming tegen nieuwe intreders, ook voordelen op kunnen leveren in de relatie met aanbieders en zorgverzekeraars. Een andere mogelijkheid die ook in combinatie met de vorige te gebruiken is, houdt een (verdere) uitbouw van de apotheek in, bijvoorbeeld (nog) meer in de richting van drogisten, dus meer produktdifferentiatie.

Veranderingen ten aanzien van de intensiteit van de rivaliteit, zoals bijvoorbeeld door het vergroten van de keuzevrijheid van de consument, zullen belangrijke gevolgen hebben voor producenten, groothandelaren en apothekers. De vergrote intensiteit van de concurrentie, die als gevolg van meer rivaliteit zal optreden, zal voor de ondernemingen binnen de drie *industries* leiden tot de noodzaak om onderling scherper te concurreren, bijvoorbeeld op de prijs van produkten.

Over het algemeen is de intensiteit van de concurrentie in de geneesmiddelensector niet groot, zoals hiervoor al geconstateerd is. Voor het overheidsbeleid inzake kostenbeheersing is met name de hoge substitutiedreiging een belangrijk aangrijpingspunt. In combinatie met het verlagen van entree-barrières en het intensiveren van de rivaliteit tussen de bestaande concurrenten, kan dit leiden tot meer concurrentie en daarmee effecten ten aanzien van kostenbeheersing sorteren, zonder dat bijgedragen wordt aan (meer) marktverstoringen.

5.4 STRATEGIE IN DE GENEESMIDDELENSECTOR

In hoofdstuk 4 zijn twee perioden onderscheiden, ten eerste die van 1986-1989, met als voornaamste ontwikkeling daarbinnen het Omni-Partijen Akkoord (OPA)

en ten tweede de periode 1990-1993, waarbinnen het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) als de belangrijkste ontwikkeling gezien wordt. De periode 1986-1989 wordt gekenmerkt door een gedogen van zelfregulering (door regering en Tweede Kamer), die past in de toen actuele opvatting met betrekking tot de wenselijkheid van deregulering en ook aansluit op bijvoorbeeld rapporten van de Cie. Dekker en de Heroverwegingsgroep geneesmiddelenvoorziening (zie hoofdstuk 1). In deze rapporten wordt zelfregulering (onder bepaalde voorwaarden) als bruikbaar instrument voor het kostenbeheersingsbeleid in de geneesmiddelensector genoemd. In de periode 1990-1993 volgt een tijd van hernieuwde regulering en een zeer prominente aanwezigheid van het ministerie van WVC.

De periode 1986-1989

Het Omni-Partijen Akkoord(OPA) is een unieke vorm van samenwerking genoemd, gedoemd om te mislukken. Het gemeenschappelijke doel van het OPA vormde per definitie een partiële doelstelling, ondergeschikt aan de (eind)doelen van de organisaties die het OPA ondertekenden. De producenten van specialité's (i.c. de leden van Nefarma) hebben geprofiteerd van het OPA, in ieder geval in die zin dat de verdere ontwikkeling van de substitutie van (regulier geïmporteerde) specialité's door generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen zo goed als stilstond onder het OPA-regime. De Bogin, mede-ondertekenaar van het OPA, ondervond voor haar achterban, de producenten van generieke geneesmiddelen, dit effect als *averechts* in termen van de belangen van de Bogin-leden. De keuze van Prodifarma, de belangengroepering van parallel-importeurs en onafhankelijke (niet met de volgesorteerde groothandel verbonden) producenten van generieke geneesmiddelen, om niet met het OPA mee te doen kan consequent genoemd worden. Reeds bij de vorming van het OPA wees Prodifarma op de remmende werking op de substitutie als (*averechts*) effect van het OPA.

Uit deze studie blijkt dat zelfregulering door 'het veld' in termen van afspraken op het niveau van de belangengroeperingen, zoals gebeurde in het kader van het Omni-Partijen Akkoord, problematisch is. De belangengroeperingen missen (effectieve) sanctiemogelijkheden om hun leden te dwingen zich aan afspraken te houden. Wanneer er afspraken gemaakt worden in het kader van kostenbeheersingsbeleid, dan zal *free-rider* gedrag voor de individuele onderneming aantrekkelijk zijn, omdat dit zich letterlijk vertaalt in winst, zij het vooral op de kortere termijn. Van afspraken die gemaakt worden, zonder dat deze in wetgeving of anderszins vastgelegd worden, met het oogmerk effectief te kunnen sanctioneren bij de niet-naleving daarvan, mag daarom niet te veel verwacht worden.

De belangengroeperingen zouden daarnaast zelf intern en extern meer betekenis krijgen als er, naast bijvoorbeeld royement, andere effectieve sanctiemogelijkheden zouden zijn om de naleving van collectieve afspraken af te dwingen. In de specifieke Nederlandse situatie tekent zich hierbij allereerst de complicerende factor af dat, in het geval van Nefarma, de meeste leden importeurs zijn, die dienen te werken binnen de door de buitenlandse moeder-onderneming vastgelegde grenzen. Verder is het van belang om op te merken dat in principe alle onderlinge afspraken tussen ondernemingen (en overheden), waar-

onder afspraken met betrekking tot kostenbeheersing alsook pogingen om belangengroeperingen sancties in handen te geven, getoetst dienen te worden aan de Nederlandse-, maar vooral Europese mededingingswetgeving. In het algemeen gesproken beperkt dit de mogelijkheden op dit gebied.

De periode 1990-1993

Na 1989, nadat het OPA haar doelstellingen, in termen van kostenbeheersing, niet (geheel) blijkt te realiseren en door (averechte) effecten van het OPA en meningsverschillen tussen de OPA-partijen over de inzet en bijdrage van de verschillende organisaties aan het behalen van de doelstellingen van het OPA, verloor het OPA aan kracht en bestaansrecht. Het ministerie van WVC gebruikte deze ruimte om het OPA in te ruilen voor het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS). Deze ruimte werd ook vergroot doordat Nefarma, als initiatiefnemer van het OPA en als organisatie waarvan de leden het meest lijken te profiteren van het OPA, lang vast blijft houden aan het akkoord en daardoor zichzelf isoleerde. Organisaties als de Bogin en Prodifarma nemen een passieve houding aan ten opzichte van de invoering van het GVS, gemotiveerd door de verwachte effecten van het GVS, waaronder een herstel van de groei van de substitutie van (regulier geïmporteerde) specialité's door generieke- en parallelgeïmporteerde geneesmiddelen. Het ministerie van WVC onderhandelde ook met andere (voormalige) OPA-partijen en weet hen voor het GVS te winnen. De KNMP is daarbij de eerste organisatie die het GVS ondersteunt, hetgeen vastgelegd werd in het Convenant tussen de KNMP en WVC. Een belangrijke inzet daarbij vormden de onderzoeken van de Economische Controle Dienst naar frauderende apothekers en het als gevolg daarvan afbrokkelende imago van apothekers en hun belangengroepering de KNMP.

In de periode 1990-1993 schuift Nefarma in een isolement, waarover hierboven al gesproken is. Zij begint zich daaruit te werken met behulp van een herdefiniering van haar doelen, hetgeen vooral neerkomt op een (hernieuwde) concentratie op de belangen van de producenten van specialité's c.q. de innovatieve producenten. Dit duidelijk afbakenen van na te streven belangen en doelgroep kan bijdragen aan een grotere slagvaardigheid. Een duidelijkere en smallere basis vergroot in ieder geval de kans om in een meer eensgezinde (kleiner) gezelschap tot een breder gedragen strategie te komen, waardoor ook de kans op naleving van afspraken stijgt.

Met de aanloop tot het GVS staat voor de overheid (en met name het ministerie van WVC) een strategie centraal die zich kenmerkt door het aanwenden van invloed in termen van machtsrelaties. Deze kunnen op den duur mogelijk contra-productief werken. Het veld van de geneesmiddelensector kent, zoals uit deze studie blijkt, een verzameling van belangengroeperingen, die in wisselende coalities (vergelijk bijvoorbeeld hoofdstuk 4, figuur 4.8) tot gezamenlijke strategieën kunnen komen. Deze wisseling van coalities verleent de geneesmiddelensector een zekere dynamiek en opent mogelijkheden om tot nieuw (overheids) beleid te komen. Een te dominante overheid drijft de andere belangengroeperingen naar elkaar toe en maakt het moeilijker om veranderingen door te voeren.

Wanneer het gaat om invloed is het van belang op te merken dat de determinanten van de zesde concurrentiekracht die daarvoor in deze analyse gehanteerd zijn samenhangen, in die zin dat er in de tijd, dat wil zeggen in de onderscheiden onderzoeksperiodes, momenten te onderkennen zijn waarin bepaalde determinanten het meest van toepassing zijn als typering van de aard van de invloedsrelaties. Concreet wordt daarmee in deze studie bedoeld dat de periode 1986-1989 vooral getypeerd wordt door invloed in termen van gezagsrelaties van Nefarma ten opzichte van andere belangengroeperingen in de geneesmiddelensector. Na 1989 vormt de invloed in termen van machtsrelaties van het ministerie van WVC ten opzichte van de andere actoren in de geneesmiddelensector een belangrijke focus.

Naar een zesde concurrentiekracht

In dit onderzoek is aannemelijk gemaakt dat belangengroeperingen in de geneesmiddelensector een relatief belangrijke invloed op de strategie i.c. het (overheids)beleid en een indirecte en directe invloed op de intensiteit van de concurrentie hebben. De volgende kanttekeningen kunnen daarbij worden gemaakt.

De invloed van belangengroeperingen (waaronder overheden) heeft allereerst *indirect* plaats via de vijf concurrentiekrachten uit het originele model van concurrentiekrachten. Porter heeft een vergelijkbare opmerking gemaakt (zie paragraaf 2.2.2), maar hij kiest ervoor zich hiertoe te beperken. De invloed van belangengroeperingen via andere concurrentiekrachten toont zich bijvoorbeeld in de effecten van het OPA – gedragen door belangengroeperingen in de geneesmiddelensector – dat leidde tot inzakken van de (geneigdheid tot) substitutie van generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen door specialité's. De *indirecte* invloed van belangengroeperingen, als onderdeel van de zesde concurrentiekracht, is in hoofdstuk 4 behandeld aan de hand van de verlaging van de stimulanspremie voor apotheekhoudenden in het kader van de OPA-afspraken (paragraaf 4.3.7) en de verhoging van de stimulanspremie voor apotheekhoudenden in het kader van de MAF (paragraaf 4.4.6).

Daarnaast wordt uit de casus-studie geconcludeerd dat de invloed van belangengroeperingen ook een *directe* invloed heeft en niet alleen via de vijf (andere) concurrentiekrachten verloopt, zoals via de concurrentiekracht van de dreiging van substituten. De *directe* invloed van belangengroeperingen, als onderdeel van de zesde concurrentiekracht, is in hoofdstuk 4 behandeld aan de hand van de consequenties van de OPA-afspraken op het niveau van de individuele ondernemingen (paragraaf 4.3.7) en de gevolgen van de invoering van GVS-clustering van geneesmiddelen voor ondernemingen (paragraaf 4.4.6).

Het bestaan van een zesde concurrentiekracht in de geneesmiddelensector hangt nauw samen met de marktimperfecties in de geneesmiddelensector. Gesteld wordt hier dat naarmate een sector meer marktconform werkt, de invloed van hetgeen we in deze studie de zesde concurrentiekracht genoemd hebben, kleiner zal zijn. In een markt met meer verstoringen (zoals een in-elastische vraag en een gebrek aan prijsconcurrentie), waarin tevens een netwerk van belangengroeperingen bestaat, zal een 'zesde concurrentiekracht' belangrijker zijn. De invloed van

belangengroeperingen werkt dan meer in op de structurele eigenschappen van de sector, doordat de configuratie van de determinanten van invloed – waarmee de sterkte aangegeven wordt van de invloed van belangengroeperingen – als concurrentiekracht mede de winstgevendheid van de markt bepaalt. De aanwezige belangengroeperingen (waaronder overheden) en hun strategieën, die vorm hebben gekregen in bijvoorbeeld OPA en GVS, beïnvloeden daarmee de randvoorwaarden van het marktkrachten spel, deels door middel van de determinanten die onder de vijf andere concurrentiekrachten vallen en deels direct, en hebben langs deze twee wegen invloed op de intensiteit van de concurrentie en daarmee op de winstgevendheid van bedrijven.

Deze conclusie is wel voor een groot deel het gevolg van het feit dat in dit onderzoek het begrip sector in plaats van markt gebruikt werd (zie paragraaf 1.1). Kritiek op Porter is dan ook niet zozeer dat hij bij zijn analyse van *industries* belangengroeperingen niet betreft, maar dat hij niet naar sectoren kijkt, zoals gedefinieerd in deze analyse. In plaats van een verandering van Porter's model, gaat het hier dus in essentie om een geïntegreerde analyse op meerdere niveau's. In deze studie gaat het om twee analyseniveau's, ten eerste de *industry* en ten tweede de sector, waarbij met het laatstgenoemde begrip zowel een verzameling van *industries* als een verzameling van belangengroeperingen, inclusief overheden, wordt bedoeld. Porter's vijf-krachten model heeft alleen op het *industry*-niveau betrekking.

Daarnaast speelt de bijzondere situatie in Nederland, met de relatief recente invoering in 1991 van een referentieprijssysteem als het GVS, mogelijk een rol in het feit dat de invloed van belangengroeperingen als zesde concurrentiekracht niet eerder geconstateerd werd. Alleen in de Bondsrepubliek bestaat een vergelijkbaar systeem, het *Festbeträge*-systeem dat in 1989 ingevoerd werd.

In deze studie bleek dat de *directe* beïnvloeding van de intensiteit van de concurrentie door de zesde concurrentiekracht 'de invloed van belangengroeperingen', het meest duidelijk aantoonbaar was in de periode 1990-1993, aan de hand van de werking van het GVS. Waarbij als belangrijkste determinant 'macht' fungeerde vanuit de overheid (het ministerie van WVC). In de Verenigde Staten bestaat een dergelijk systeem niet, evenmin als de relatief belangrijke invloed van belangengroeperingen, in de zin zoals die in Nederland bestaat. De geneesmiddelensector is in de Verenigde Staten minder (centraal) gereguleerd, in die zin dat er meer 'markt' bestaat dan in Nederland. Hoewel in de plannen van de Clinton-regering bijvoorbeeld in een volksverzekering voorzien wordt, is de invoering van een dergelijk systeem, dat in Nederland al ongeveer 50 jaar geleden ingevoerd werd, nog meer plan dan realiteit.

Gezien deze context was het te verwachten dat Porter niet op het idee van een zesde concurrentiekracht met de invulling 'de invloed van belangengroeperingen' gekomen is.

5.5 DE RELEVANTIE VAN DEZE STUDIE

De relatie met eerdere onderzoeksthema's en resultaten

De trends die in 'Winst op recept' in 1977 voorzien werden zijn voor een groot deel bevestigd en sommige zijn zelfs nog geldig in 1993. Een steeds grotere concentratie heeft zich op internationaal niveau voorgedaan bij de producenten van geneesmiddelen, terwijl in Nederland anno 1993 de groothandelsmarkt door een drietal ondernemingen gedomineerd wordt. Daarnaast stijgt de consumptie nu met de vergrijzing van de bevolking, hoewel de Nederlandse bevolking in een Europese vergelijking nog altijd relatief weinig geneesmiddelen per hoofd van de bevolking gebruikt. De markt genereert nog steeds nieuwe middelen en de jaarlijkse kostenstijging van de farmaceutische hulp wordt voor het grootste gedeelte veroorzaakt door de vervanging van oude(re) door nieuwe geneesmiddelen. Van een verhevigde prijzenslag tussen specialité's en generieke geneesmiddelen is weinig te merken. De substitutie van specialité's door generieke geneesmiddelen is na 1988 ingezakt en stijgt pas de laatste jaren weer. Onder het regime van het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem valt vooral de groei van de parallel-import op.

De positie van de gebruiker van geneesmiddelen werd in 'Winst op recept' getypeerd als onmondig en afhankelijk. Ruim 15 jaar later is er weinig verandering gekomen in deze situatie. De opkomst van patiëntenverenigingen en platforms vormt een verbetering voor meestal chronische patiënten – met betrekking tot bijvoorbeeld informatieverstrekking, zelfhulp(groepen) en dienstverlening (zie hoofdstuk 4, paragraaf 4.2.3), maar in het directe contact met de zorgverlener is de positie van de patiënt niet zozeer structureel beter geworden. In het kader van deze studie is de opkomst van patiëntenverenigingen ook interessant in termen van de invloed van belangengroeperingen in de geneesmiddelensector. De casusstudie in deze analyse was vooral gericht op de belangengroeperingen van producenten van geneesmiddelen, die als groep actoren al een vanzelfsprekende partij binnen de sector vormen. Uit de constatering dat de invloed van de belangengroeperingen van producenten van wezenlijk belang is, vloeit voort dat de invloed van belangengroeperingen van patiënten dat ook kunnen zijn (zie ook Verkaar 1991). Van belang is dan wel de mogelijkheid voor patiëntenverenigingen om tot (onafhankelijke) beleidsbeïnvloeding te komen. Eerder is al geconstateerd dat patiënten(verenigingen) de neiging hebben om, net als veel artsen, vooral (of zelfs alleen) op kwaliteitsargumenten te letten en daardoor vrij gemakkelijk in overeenstemming met de producenten van geneesmiddelen komen.

In het boek 'De Nederlandse geneesmiddelenmarkt in observatie' en het beleidsrapport van de 'Herooverwegingsgroep geneesmiddelenvoorziening' worden verschillende voorstellen gedaan met oog op verlaging van het prijsniveau en de kostenontwikkeling van geneesmiddelen, waarbij met name ook het dan actuele thema van deregulering centraal staat. Door de komst van het Omni-Partijen Akkoord werd een groot deel van de toen gedane voorstellen naar de achtergrond verdrongen.

Van de deregulering van de detailhandel in de geneesmiddelensector met het oog op kostenbeheersing op de langere termijn is tot nu toe weinig terecht gekomen en het komt niet meer op de politieke agenda voor. Het stimuleren van het gebruik van generieke en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen, gericht op kostenbeheersing op de kortere termijn, heeft een korte opleving gekend met de invoering van de stimulanspremie in 1988, maar zakte als gevolg van het OPA na 1988 in. Onder het GVS-regime wint deze factor weer aan betekenis.

Ontwikkelingen als een grotere marktdoorzichtigheid en -toegankelijkheid en het doorbreken van monopolistische posities en belangen-parallellie aan de aanbodzijde worden enigszins door het GVS gestimuleerd. Daarmee wordt bedoeld dat aan de vraagzijde, bij arts en/of patiënt, de prijs van een geneesmiddel (in termen van een mogelijke bijbetaling en de hoogte daarvan) een rol gaat spelen. Specifieke instrumenten voor het bereiken van bijvoorbeeld een grotere marktdoorzichtigheid of het doorbreken van monopolistische posities zijn niet ingezet.

In het kader van het bevorderen van 'georganiseerde marktmacht' aan de vraagzijde kan de contracteervrijheid van zorgverzekeraars bijdragen aan het doorbreken van de belangen-parallellie aan de aanbodzijde. De mogelijkheid om van aanbieders wel of niet gebruik te maken en een daarbij horend afwegingsproces, vooral ten aanzien van de prijs van de zorg, zal de intensiteit van de concurrentie tussen aanbieders verhogen. Voor een actieve(re) opstelling van de zorgverzekeraars in de geneesmiddelensector geldt in principe hetzelfde als hiervoor al ten aanzien van de patiënten(verenigingen) opgemerkt is. Door de mogelijkheden die bijvoorbeeld de contracteervrijheid biedt, kan men van de zorgverzekeraars verwachten dat zij zich sterker als partij in de geneesmiddelensector zullen profileren, onder andere middels hun belangengroeperingen. De vraag of dit 'vanzelf gaat' is nog wel open (zie ook hoofdstuk 4), alsmede de vraag welke extra stimuli daarvoor in de richting van de zorgverzekeraars nodig zijn. Dit betekent ook een verdere ondersteuning van de conclusie dat een studie van de concurrentiële structuur, in combinatie met een analyse van de strategie van belangengroeperingen, tot een completer en genuanceerder inzicht in de geneesmiddelensector leidt.

De zorgverzekeraars en patiënten/consumenten vormen twee groepen van actoren die, onder andere middels hun belangengroeperingen, voor veranderingen in de geneesmiddelensector zouden kunnen zorgen. De zorgverzekeraars hebben daarvoor al een aantal middelen in handen en de consumenten groeien ook als een factor van betekenis, ook in de ogen van de producenten, zeker wanneer ontwikkelingen met betrekking tot het bijbetalen voor produkten en substitutie van recept-geneesmiddelen door vrije-verkoop geneesmiddelen in de toekomst aan betekenis blijven winnen.

Het leggen van een prijsafweging bij de consument, zoals binnen het GVS, waar men moet bijbetalen voor 'tè dure' geneesmiddelen, heeft bijdragen aan een verlaging van het prijsniveau en de kostenontwikkeling van geneesmiddelen, maar in onvoldoende mate in het kader van het kostenbeheersingsbeleid van het ministerie van WVC. De doelstellingen van het GVS werden niet gehaald en aanvullend beleid, zoals uiteengezet in de Geneesmiddelenbrief, bleek nodig.

In het beleidsrapport 'Bereidheid tot verandering' werd veel verwacht van het stimuleren van een situatie van meer *countervailing power* bij zorgverzekeraars. Zoals al eerder gezegd is, hebben zich binnen de *industry* voor zorgverzekeraars sterke concentratietendensen afgetekend. Hoe groot de bijdrage van een *countervailing power* van zorgverzekeraars aan kostenbeheersing zal zijn, moet nog blijken.

Het wetenschappelijk c.q. bedrijfskundige en maatschappelijke belang

Het toepassen van het analytisch kader van Porter op de geneesmiddelensector en de aanvullingen die daarbij gemaakt zijn, bieden in dit kader bredere toepassingsmogelijkheden. De bevindingen ten aanzien van de geneesmiddelensector kunnen daarbij aanleiding vormen om ook in andere sectoren dit breder opgezette kader te gebruiken, waarbij met name bedoeld wordt op de aanvullingen ten aanzien van de rol, in termen van invloed, van belangengroeperingen ten aanzien van de intensiteit van de concurrentie. Ondanks de in hoofdstuk 2 gesignaleerde verschillen tussen de geneesmiddelensector en andere sectoren (zie paragraaf 2.3), kunnen ook daar belangengroeperingen een (belangrijke) rol spelen. Zo heeft De Vroom [1990] in een studie naar ondernemersverenigingen zowel de voedings- als geneesmiddelenindustrie in zijn onderzoek geanalyseerd (zie hoofdstuk 4).

Deze studie biedt overheden een groter inzicht in concurrentie en strategie in de geneesmiddelensector. Voor ondernemingen kan de concurrentiële analyse gebruikt worden als hulpmiddel bij het bepalen van de strategie van de individuele onderneming. Voor belangengroeperingen dient de analyse van invloed als een vergelijkbaar hulpmiddel bij het bepalen van hun strategieën.

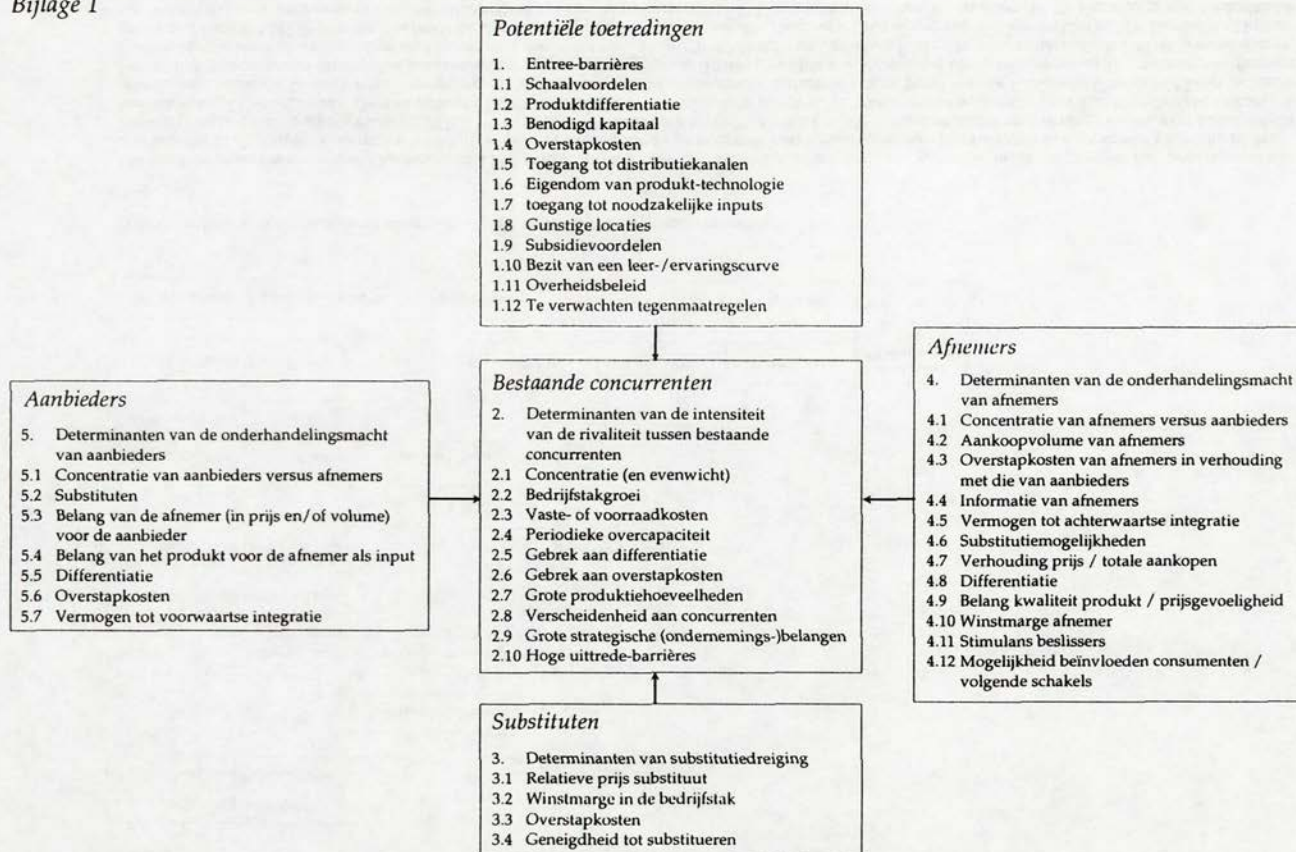
Samenvattend is deze studie bovenal een integrale (bedrijfskundige) analyse van concurrentie en strategie in de geneesmiddelensector. Daardoor ontstaat een completer en genuanceerder inzicht in zowel de concurrentieverhoudingen als de strategische posities in de geneesmiddelensector, doordat de wederzijdse relaties, die tussen *concurrentieprocessen van ondernemingen* en *strategische acties van belangengroeperingen* (inclusief overheden) bestaan, expliciet in de analyse meegenomen zijn. Dit onderzoek overziende, zijn er vragen opgeroepen die een nadere analyse verdienen, waarmee dit boek wordt afgesloten.

In deze analyse is een poging gedaan om ten aanzien van de intensiteit van de concurrentie binnen *industries* een indicatie te krijgen van de werking van concurrentiekrachten. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen concurrentiekrachten die de intensiteit van de concurrentie verhogen of verlagen, danwel geen eenduidig effect op de intensiteit van de concurrentie hadden (zie paragraaf 2.2.1). Een verdere uitwerking van het concurrentiekrachtenmodel, waarbij met name ook de relatieve bijdrage en onderlinge samenhang tussen determinanten meegenomen wordt, zou de mogelijkheden om meer kwantitatieve uitspraken te doen met behulp van dit model verder doen toenemen en de mogelijkheden ervan als instrument verder vergroten. De samenhang en relatieve bijdrage van determinanten zou daarbij zowel binnen als tussen concurrentiekrachten meegenomen moeten worden.

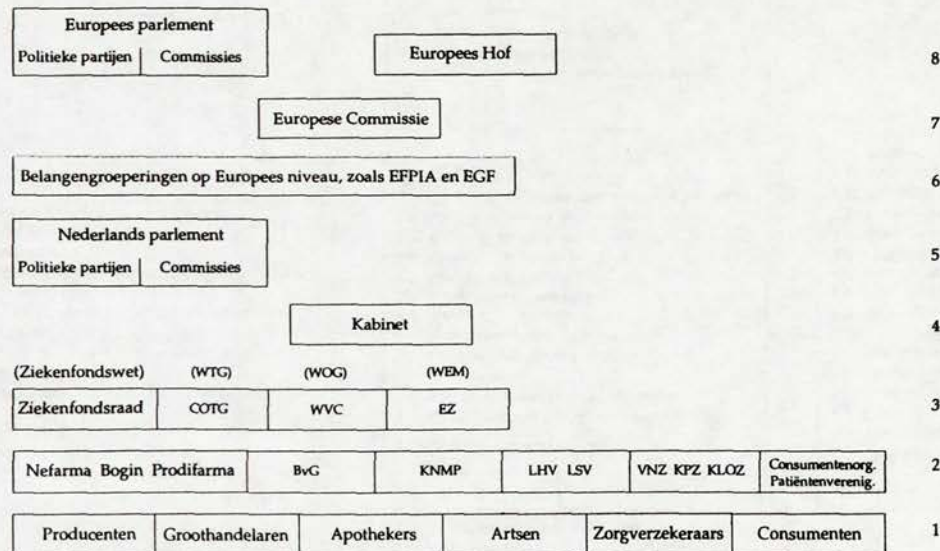
In de analyse van de geneesmiddelensector bleek de concurrentiekracht van de dreiging van substituten een centrale rol te vervullen, zowel in de analyse van de concurrentie als die van de strategie. De substitutie binnen de *industries* wordt in de huidige situatie weerspiegeld in de indeling van ondernemingen in belangengroeperingen, op basis van de toegenomen mogelijkheden tot substitutie. Deze constatering, aan de basis waarvan het idee van de werking van een zesde concurrentiekracht 'de invloed van belangengroeperingen' ligt, verdient nader onderzoek, met name ook in andere sectoren dan de geneesmiddelensector. Bij dit onderzoek in de geneesmiddelensector is de concurrentiekracht van de dreiging van substituten als belangrijkste basis voor een verhoging van de intensiteit van de concurrentie geïdentificeerd. Bij een onderzoek in andere *industries* en sectoren is het evenwel mogelijk dat andere concurrentiekrachten dan die van de dreiging van substituten een centrale rol vervullen. Interessant is dan vooral het onderzoek naar de manier waarop deze zich verhouden tot de invloed van belangengroeperingen en de verbinding tussen de analyses van concurrentie en strategie. Daarmee zou worden voortgebouwd op hetgeen in deze studie een integrale bedrijfskundige analyse van concurrentie en strategie genoemd is.

De geneesmiddelensector is in beweging. In deze studie is al herhaalde malen het groeiende belang van de vraagzijde gesignaleerd — en meer specifiek dat van patiënten/consumenten en vooral de zorgverzekeraars. Een groeiend belang en een toenemende invloed van patiënten/consumenten en zorgverzekeraars blijft niet zonder consequenties voor de apothekers als afnemers van de groothandelaren en voor de groothandelaren als afnemers van de producenten van geneesmiddelen. Met betrekking tot de drie *industries* die in deze studie onderzocht zijn, is al geconstateerd dat deze aan elkaar gerelateerd zijn. Daarom kunnen veranderingen met betrekking tot de vraag naar geneesmiddelen — en zeker van partijen die tot voor kort een vrij marginale rol speelden — belangrijke consequenties hebben voor de (aan elkaar gerelateerde) *industries* van producenten, groothandelaren en apothekers en vooral ook voor de intensiteit van de concurrentie binnen de *industries*. Verder onderzoek naar de rol van patiënten/consumenten en zorgverzekeraars in termen van concurrentie en strategie is essentieel voor het goed verstaan van de werking c.q. dynamiek van de geneesmiddelensector nu en in de toekomst.

Bijlage 1



Bijlage 2



N.B. De ordening in niveaus dient niet noodzakelijk als hiërarchisch gelezen te worden.

Toelichting:

EFPIA: European Federation of Pharmaceutical Industries' Associations (Europese belangengroep van nationale belangengroepen van producenten van specialité's); EGF: European Generics Forum (Europese belangengroep van nationale belangengroepen van producenten van generieke geneesmiddelen). Tussen () staat de juridische structuur. WTG: Wet Tarieven Gezondheidszorg; WOG: Wet op de Geneesmiddelenvoorziening; WEM: Wet Economische Mededinging; COTG: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg; WVC: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; EZ: Ministerie van Economische Zaken; Nefarma: Nederlandse Vereniging van de Innoverende Farmaceutische Industrie; Bogin: Bond van de Generieke Geneesmiddelen Industrie Nederland (vooral de niet-onafhankelijke aanbieders van generieke geneesmiddelen); Prodifarma: Vereniging van producenten en distributeurs van farmaca (parallel-importeurs en zelfstandige aanbieders van generieke producten); BvG: Bond van Groothandelaren in het Farmaceutisch Bedrijf (volgesorteerde groothandelaren); KNMP: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (belangengroep van apothekers); LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging (ook vertegenwoordiging van apotheekhoudende huisartsen); LSV: Landelijke Huisartsen Vereniging; (VNZ: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen; KPZ: Kontaktorgaan Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekeraars (belangengroep voor ambtenaren-ziektekostenverzekeraars); KLOZ: Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars (belangengroep particuliere verzekeraars); Consumentenorg.: consumentenorganisaties zoals Consumentenbond en Konsumenten Kontakt.

- Abrahams, F. (1993), Interview met A.J. Dunning, Ook in ons vak werkt een aantal warhoofden, in: *De Volkskrant*, 4 december 1993.
- ABN (1990), *European Pharmaceutical Industry – Industry Report*, ABN (Algemene Bank Nederland), Amsterdam.
- ABPI (1992a), *Annual Review 1991-1992*, ABPI (Association of the British Pharmaceutical Industry), London.
- ABPI (1992b), *Pharma Facts & Figures*, ABPI (Association of the British Pharmaceutical Industry), London.
- Aguilar, F.J. (1967), *Scanning the Business Environment*, MacMillan, New York.
- AKZO Pharma International (1992), *The Pharma Division – Facts, Figures, Remarks, Results*, Akzo Pharma International, Oss.
- Aldrich, H.E. (1979), *Organizations and Environments*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Aldrich, H.E., S. Mindlin (1978), Uncertainty and Dependence – Two Perspectives on Environment, in: L. Kerpit (red.), *Organization and Environment*, SAGE, Beverly Hills.
- Algemene Rekenkamer (1992), *Kostenbeheersing Geneesmiddelen*, Algemene Rekenkamer, Den Haag.
- Ansoff, I. (1975), Managing Strategic Surprise by Response to Weak Signals, in: *California Management Review*, winter 1975, p. 21-33.
- Ansoff, I. (1981), *Strategic Management*, Halsted Press, New York.
- Aram, J.D. (1989), The Paradox of Interdependent Relations in the Field of Social Issues, in: *Management Academy of Management Review*, april 1989, p. 266-283.
- Asselt, H.Th. van (1989), Octrooiduur en innovatie in de geneesmiddelenindustrie, *Management Report Series – Faculteit Bedrijfskunde*, nummer 32, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- AVGI (1992a), *AVGI Informatie*, AVGI (Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie), Brussel.
- AVGI (1992b), *Zelfzorggeneesmiddelen – Volwaardige farmaceutische specialiteiten*, AVGI (Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie), Brussel.
- Babbie, E. (1989), *The Practice of Social Research*, Wadsworth Publishing Company, Belmont.
- Ballance, R.H., S.W. Sinclair (1983), *Collapse and Survival – Industrie Strategies in a Changing World*, George Allen & Unwin, London.
- Ballance, R., J. Pogány, H. Forstner (1992), *The World's Pharmaceutical Industries – An International Perspective on Innovation*, (studie ten behoeve van UNIDO), Edward Elgar, Aldershot/Brookfield.
- Baran P., P. Sweezy (1966), *Monopoly Capital – An Essay on the American Economic and Social Order*, Monthly Review Press, New York.
- Barnhoorn, H.M.J., W. Wijkmans-Yntema, R.F.M. van Bokhoven, A.J.C. de Kroon (1990), *Gebruik bekend – geneesmiddelenvoorlichting met een checklist*, Van Gorcum, Assen.

- Bennekom, A. (1991), Overheid dwingt farma-industrie op de knieën — Een bittere pil, in: *Management Team*, 21 oktober 1991, p. 146-148.
- Berg, J. van den (1985), De eigen bijdrage voor geneesmiddelen in 1983, in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nummer 1, p. 4-12.
- Berg, H. (1988), Motor-cars — Between Growth and Protection, in: H.W. de Jong (red.), *The Structure of European Industry*, tweede herziene druk, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, p. 245-267.
- Berkowitz, S.D. (1982), *An Introduction to Structural Analysis — The Network Approach to Social Research*, Butterworths, Toronto.
- BEUC (1984), *The Consumer and the Pharmaceutical Products in the European Economic Community*, BEUC (Bureau Européen des Unions des Consommateurs), Brussel.
- BEUC (1989), *Drug Prices and Drug Reimbursement in Europe*, BEUC (Bureau Européen des Unions des Consommateurs), Brussel.
- Bezold, C. (1980), *The Future of Pharmaceuticals — The Changing Environment for New Drugs*, John Wiley & Sons, New York.
- Bianchi, P., L. Forlai (1988), The European Domestic Appliance Industry 1945-1987, in: H.W. de Jong (red.), *The Structure of European Industry*, tweede herziene druk, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, p. 269-296.
- Biemans, W.G., J. van der Meer-Kooistra (1994), Case research voor bedrijfskundig onderzoek, in: *Bedrijfskunde*, 66:1, p. 51-56.
- Blum, R., A. Herxheimer, C. Stenzl, J. Woodcock (red.) (1983), *Pharmaceuticals and Health Policy — International Perspectives on Provision and Control of Medicines*, Social Audit, London.
- Breyer, F., P. Zweifel (1992), *Gesundheits-ökonomie*, Springer-Verlag, Berlijn.
- Boekesteijn, A.J.F., P.Th. van der Zeijden (1988), *De Nederlandse groothandel en de Europese eenwording — Verwachtingen voor de groothandel en aanknopingspunten voor beleid*, EIM (Economisch Instituut voor het Midden- en Kleinbedrijf), Zoetermeer, december 1988.
- Boekesteijn, A.J.F. (1989), *Recente fusies en overnames in de Nederlandse groothandel*, EIM (Economisch Instituut voor het Midden- en Kleinbedrijf), Zoetermeer, november 1989.
- Bosch, F.A.J. van den (1989), *Over de grenzen van organisaties — Bedrijfskunde: organisatie, strategie, omgeving*, Eburon, Delft.
- Bosch, F.A.J. van den, A.A. van Prooijen (1992), The Competitive Advantage of European Nations — The Impact of National Culture: A Missing Element in Porter's Analysis? (met een antwoord van M.E. Porter), in: *European Management Journal*, 10:2, p. 173-178.
- Bosch, F.A.J. van den, A.A. van Prooijen (1992), European Management — An Emerging Competitive Advantage of European Nations, in: *European Management Journal*, 10:4, p. 445-447.
- Bosch, F.A.J. van den (1993), Ontwikkelingen in de wetenschappelijke benadering van strategie- en omgevingsvraagstukken (1910-1990): History matters!, in: H. van Driel (red.), *Ontwikkeling van bedrijfskundig denken en doen: een Rotterdams perspectief*, Eburon, Delft, p. 47-66.
- Bosch, F.A.J. van den, A.P. de Man (1994), Government's Impact on the Business Environment and Strategic Management, in: *Journal of General Management*, lente 1994/3, p. 50-59.
- BPI (1992a), *Pharma Daten '92*, BPI (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.), Frankfurt/Main.
- BPI (1992b), *Jahresbericht 1991/92*, BPI (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.), Frankfurt/Main.
- Braithwaite, J. (1986), *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Brams, S.J. (1975), *Game Theory and Politics*, The Free Press, New York.
- Bressers, J.Th.A., P.-J. Klok (1987), Grondslagen voor een instrumententheorie, in: *Beleidswetenschap*, nummer 1987/1, p. 77-97.
- Bressers, J.Th.A., P.-J. Klok (1989), De inhoud van beleid, in: A. Hoogerwerf (red.), *Overheidsbeleid — een inleiding in de beleidswetenschap*, vierde druk, p. 53-71.

- Burt, R.S. (1982), *Towards a Structural Theory of Action*, Academic Press, New York, 1982.
- Burt, R.S. (1983), *Corporate Profits and Cooptation — Networks of Market Constraints and Directorate Ties in the American Economy*, Academic Press, New York.
- Burt, R.S., M.J. Minor (red.) (1983), *Applied Network Analysis — A Methodological Introduction*, SAGE, Beverly Hills.
- Butler, R.J., D.C. Wilson (1990), *Managing Voluntary and Non-Profit Organizations — Strategy and Structure*, Routledge, London/New York.
- BvG (1984), *Farmaceutische groothandel en gezondheidszorg in Nederland*, BvG (Bond van Groothandelaren in het Farmaceutische Bedrijf), Den Haag.
- Calingo, L.M.R. (1989), Environmental Determinants of Generic Competitive Strategies — Preliminary Evidence from Structured Content Analysis of Fortune and Business Week Articles (1983-1984), in: *Human Relations*, april 1989, p. 353-369.
- Castles, F.G., D.J. Murray, D.C. Potter (red.) (1971), *Decisions, Organizations and Society*, Penguin, Harmondsworth.
- Chatman, J.A. (1989), Improving Interactional Organizational Research — A Model of Person-Organization Fit, in: *Academy of Management Review*, juli 1989, p. 333-349.
- Chetley, A. (1990), *A Healthy Business? — World Health and the Pharmaceutical Industry*, Zed Books, London/New Jersey.
- Clement, W., M. Oettl, R. Mikulits (1991), *Die österreichische Pharmawirtschaft im internationalen Vergleich*, IWI (Industriewissenschaftlichen Institut Wirtschaftsuniversität Wien), Wenen.
- Commissie Keuzen in de zorg (1991) (Cie. Dunning), *Kiezen en Delen — Advies in hoofdzaken*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk/Den Haag.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987) (Cie. Dekker), *Bereidheid tot Verandering*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk/Den Haag.
- Commissie van de Europese Gemeenschappen (1984), *De voorschriften inzake geneesmiddelen in de Europese Gemeenschap*, EGKS-EEG-EGA, Brussel/Luxemburg.
- Consumentenbond (1988), *Patiënt en recht*, Consumentenbond, Den Haag.
- Consumentenbond (1989), *Patiënten, pillen en problemen: verslag van de actie medicijnlijn*, Consumentenbond, Den Haag.
- Consumentenbond (1991), *Geneesmiddelenbeleid EG nog niet rond*, in: *Consumentengids*, augustus 1991, p. 530-531.
- Cool, K.O., D. Schendel (1987), Strategic Group Formation and Performance — The Case of the U.S. Pharmaceutical Industry 1963-1982, in: *Management Science*, september 1987, p. 1102-1124.
- COTG (1991), *Advies rapport adviesstructuur volksgezondheid*, COTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg), Utrecht.
- CvZ (1991), *Reactie op het rapport 'Ordering door ontolechting'*, CvZ (College voor Ziekenhuisvoorzieningen), Utrecht.
- Dahl, R.A. (1963)(1969), *Who Governs?*, Yale University Press, New Haven.
- Daems, H., S.W. Douma (1984), *Concurrentie — Analyse en strategie*, Kluwer, Deventer.
- Daems, H., S.W. Douma (1989), *Concurrentiestrategie en concernstrategie — Een analyse van het concurrentieel voordeel van de onderneming*, Kluwer, Deventer.
- Dalen, J. van, J. Koerts, A.R. Thurik, G. de Jong (1988), *Groothandel: zijn rol in de geschiedenis, de huidige economie en de moderne theorie*, EIM (Economisch Instituut voor het Midden- en Kleinbedrijf), Rotterdam/Zoetermeer, maart 1988.
- Dankbaar B., J. Groenewegen, H. Schenk (red.) (1990), *Perspectives in Industrial Organization*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Dijk, J.J. van (1982), De bestuurbaarheid van de gezondheidszorg, in: *Medisch Contact*, nummer 50, 17 december 1982, p. 1610-1616.
- Dijk, J.W.A. van, R. Hoppe (1987), Introverte en extraverte beleidsvoering in de industriepolitiek, in: *Beleidswetenschap*, nummer 1987/1, p. 60-76.
- Domhoff, G.W. (1967), *Who Rules America?*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

- Domhoff, G.W. (1983), *Who Rules America Now?*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Donkers, J.J.J. (1989), *Werkgelegenheidsontwikkeling in de groothandel — Een onderzoek naar de recente werkgelegenheidsontwikkeling, arbeidsbemiddeling en scholing in de groothandel*, EIM (Economisch Instituut voor het Midden- en Kleinbedrijf), Zoetermeer, november 1989.
- Dutton, J.E., E.J. Walton, E. Abrahamson (1989), Important Dimensions of Strategic Issues — Separating the Wheat from the Chaff, in: *Journal of Management Studies*(UK), juli 1989, p. 379-396.
- ECD (1989), *Onderzoeken bij apotheekhoudenden (extramuraal) — Stand van zaken 16 mei 1989*, ECD (Economische Controle Dienst), Rijswijk.
- Edge, A.G., D.R. Coleman (1986), *The Guide to Case Analysis and Reporting*, derde editie, Honolulu.
- Eerden, J.L. van der (1991a), GVS; een discussie als een nachtkaars, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 1/2, januari/februari 1991, p. 184.
- Eerden, J.L. van der (1991b), Het GVS en de strijd van WVC tegen onbekendheid en onwetendheid, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 3, maart 1991, p. 205.
- Eerden, J.L. van der (1992), Prijspolitiek Marvelon — Falend beleid of doordacht manoeuvreren, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 1, januari 1992, p. 3-4.
- EFPIA (1984), *Annual Report 1983*, EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries' Associations), Brussel.
- EFPIA (1989), *EFPIA in Figures, The Pharmaceutical Industry in Europe 1987-1988*, EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries' Associations), Brussel.
- EG (1991), *EC Panorama 1991*, EG (Europese Gemeenschap), Brussel.
- EIM (1989), *Brancheverkenning 'De Drogisterij'*, EIM (Economisch Instituut voor het Midden- en Kleinbedrijf), Zoetermeer, juni 1989.
- Emery, F., E. Trist (1965), The Causal Texture of Organizational Environments, in: *Human Relations*, augustus 1965, p. 124-151.
- Enz, C.A. (1989), The Measurement of Perceived Intraorganisational Power — A Multi-Respondent Perspective, in: *Organization Studies*, 1989, p. 241-251.
- ESB (1991), *Een alternatief voor het plan-Simons*, ESB (Economisch Statistische Berichten), 20 november 1991.
- Eulau, H., L. Rothenberg, J. Kuklinski (1984), *Circles Around the Circle — A Preliminary Report on a Network*, Redwood Project, Chigago.
- EZ (1980), *Bedrijfstakoverkenning 8 — Chemische-, rubber- en kunststofverwerkende industrie*, EZ (Ministerie van Economische Zaken), Den Haag.
- Fahey, L., W.R. King, V.K. Narayanan (1981), Environmental Scanning and Forecasting in Strategic Planning — The State of the Art, in: *Long Range Planning*, april 1981, p. 32-39.
- Fahey, L., V.K. Narayanan (1986), *Macroenvironmental Analysis for Strategic Management*, West Publishing Company, St. Paul/New York.
- Fahey, L., V.K. Narayanan (1989), Linking Changes in Revealed Causal Maps and Environmental Change — An Empirical Study, *Journal of Management Studies*(UK), juli 1989, p. 361-378.
- Farmaceutisch Nieuws (1991a), *Interview met OPG Hoofddirecteur A. de Jong*, Het nieuwe GVS kan slecht zijn voor de groothandel, maar dan wel tijdelijk, nummer 3, maart 1991, p. 206.
- Farmaceutisch Nieuws (1991b), *Interview met J.P.G. van Ooijen (Diabetes Vereniging Nederland)*, Diabetes is een vak en je moet het vak beheersen, nummer 3, maart 1991, p. 206.
- Farmaceutisch Nieuws (1991c), *Interview met S.K. Roosjen (Glaxo Nederland)*, Het beleid van Simons is geredeneerd vanuit het verleden, geprojecteerd op de toekomst, nummer 4, april 1991, p. 234.
- Farmaceutisch Nieuws (1991d), *Interview met V.D. Vanderstappen (Upjohn Benelux)*, Er zullen in de toekomst in Europa steeds meer joint-marketing overeenkomsten worden gesloten, nummer 5, mei 1991, p. 252.

- Farmaceutisch Nieuws (1991e), *Interview met J.C. Sanders (voorzitter Nefarma)*, De 90'er jaren zullen de jaren zijn van de referentieprijssystemen, nummer 8/9, augustus/september 1991, p. 287.
- Farmaceutisch Nieuws (1991f), *Interview met P.M. Slagmulder en A.P. Blom (ACF/Brocacef)*, Het nieuwe GVS: de groothandel mag wel inleveren maar had geen stem in het kapittel, nummer 8/9, augustus/september 1991, p. 288.
- Farmaceutisch Nieuws (1991g), *Interview met R.A.M. Numan (MSD)*, We moeten in Nederland af van de vanzelfsprekendheid dat geneesmiddelen altijd volledig vergoed worden, nummer 10, oktober 1991, p. 302.
- Farmaceutisch Nieuws (1991h), *Interview met Th.F.J. Tromp (voorzitter KNMP)*, Arts en apotheker moeten de patiënt in het verlengde van elkaar informatie over geneesmiddelen verstrekken, nummer 12, december 1991, p. 336-337.
- Farmaceutisch Nieuws (1992a), *Interview met D.J.D. Dees (voormalig staatssecretaris WVC)*, Ik vrees dat de hele stelselwijziging uiteindelijk zal uitdaaien op een klassieke volksverzekering, nummer 1, januari 1992, p. 6-7.
- Farmaceutisch Nieuws (1992b), *Interview met A.J. Dunning (voorzitter Cie. Dunning)*, Er is in de gezondheidszorg in grote mate sprake van verspilling en ondoelmatigheid, nummer 3, maart 1992, p. 6.
- Farmaceutisch Nieuws (1992c), *Interview met B. Visser (Pharmachemie)*, Pharmachemie en Pharbita zoeken toekomst generiek in export, nummer 4, april 1992, p. 4.
- Farma Feiten 1989 1990 1991 1992 1993 (1989)(1990)(1991)(1992)(1993), Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- Farmindustria (1992), *Indicatori Farmaceutica 1992*, Farmindustria Centro Studi, Rome.
- Faulkner, D., C. Bowman (1992), Generic Strategies and Congruent Organisational Structures – Some Suggestions, in: *European Management Journal*, 10:4, p. 494-499.
- Faust, R.E., L. Shapiro (1987), Trends in Drug Development – Impact on the Pharmaceutical Industry and Health Care, in: *J.Soc.Adm.Pharm*, 1987/4, p. 51-60.
- Financial Times Survey (1991), Pharmaceuticals, in: *Financial Times*, 23 juli 1991, sectie III, p. I-VI.
- Financial Times Survey (1993), Pharmaceuticals – Research and Development, in: *Financial Times*, 22 april 1993, p. 37-40.
- Felling, A.J.A. (1974), *Lokale macht en netwerken – Een methodologische terreinverkenning*, Samson, Alphen aan de Rijn.
- FICI (1992), *Annual Report 1991/1992*, FICI (Federation of Irish Chemical Industries), Dublin.
- Fortuyn, W.S.P. (1990), *Ordering door ontvochting – Een advies over de adviestructuur in de volksgezondheid*, WVC, Rijswijk.
- FOZ 1990 1991 1992 1993 (1989)(1990)(1991)(1992), (Financieel Overzicht Zorg), WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk.
- Galaskiewicz, J. (1979), *Exchange Networks and Community Politics*, SAGE, Beverly Hills.
- Galbraith, J.K. (1980), *American Capitalism – The Concept of Countervailing Power*, White Plains.
- Gent, C. van, H.J.M. Corver, R.F. Broek (1990), *Basisboek Markt- en Micro-economie*, Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Gezondheidsraad (1990), *Ordering door ontvochting – Reactie van de Gezondheidsraad*, Gezondheidsraad, Den Haag.
- Glasbergen, P. (1984), *Visies op beleid – Sociaal-wetenschappelijke analyse van het overheidsbeleid*, Kobra, Amsterdam.
- Goette, E.E. (1990), Europe 1992 – Update for Business Planners, in: *Journal of Business Strategy*, maart/april 1990, p. 10-13.
- Golden, M.P. (1976), *The Research Experience*, Peacock, Itasca.
- Goold, M., A. Campbell (1991), Brief Case – From Corporate Strategy to Parenting Advantage, in: *Long Range Planning*, 24:1, p. 115-117.
- Grabowski, H.G. (1976), *Drug Regulation and Innovation – Empirical Evidence and Policy Options*, American Institute for Policy Research, Washington DC.

- Grabowski, H.G., J. Vernon (1981), The Determinants of Research and Development Expenditures in the Pharmaceutical Industry, in: R. Helms (red.), *Drugs and Health*, p. 3-20.
- Granovetter, M. (1985), Economic Action and Social Structure — The Problem of Embeddedness, in: *American Journal of Sociology*, 1985/91, p. 481-510.
- Grinten, T.E.D. van der (1989), *Kan het eenvoudiger?*, De Tijdstroom, Lochem.
- Grinten, T.E.D. van der (1993), Veranderingen in het maatschappelijk middenveld, Over nut en noodzaak van beleidsnetwerken in de gezondheidszorg, in: *Gezondheid, Theorie in Praktijk*, 1 (1993) 3, p. 245-263.
- Grinten, T.E.D. van der (1994), Delen van de macht, Bewegingen in het beleidsbestel van de gezondheidszorg, in: *Beleid & Maatschappij*, 1994/4, p. 182-188.
- Groene, J.H. de, N. van Hulst, P.G. Winters (1990), Economie met open grenzen, in: *Economisch Statistische Berichten*, 19/26 december 1990, p. 1208-1212.
- Gronhaug, K., J.S. Falkenberg (1989), Exploring Strategy Perceptions in Changing Environments, in: *Journal of Management Studies*(UK), juli 1989, p. 349-359.
- Guiasu, S., M. Malitza (1980), *Coalition and Connection in Games — Problems of Modern Game Theory Using Methods Belonging to Systems Theory and Information Theory*, Pergamon Press, Oxford.
- Haaijer-Ruskamp, F.M. (1984), *Het voorschrijfgedrag van de huisarts*, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Haan, G. (red.)(1990), *Kosten-effectiviteit van geneesmiddelen — Werking en bijwerking*, VGE (Vereniging voor GezondheidsEconomie)/iMTA (institute for Medical Technology Assessment), Utrecht/Maastricht.
- Hancher, L. (1989), *Regulating for Competition — Government, Law and the Pharmaceutical Industry in the United Kingdom and France*, proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.
- Hannan, M.T., J.H. Freeman (1977), The Population Ecology of Organizations, in: *American Journal of Sociology*, 1977/82, p. 929-64.
- Harderwijk, E.D. (1990), Van Tanderil en Timoptol staan de kranten boordevol, in: *Pharmaceutisch Weekblad*, nummer 125(36) 1990, p. 928-930.
- Heller, F. (red.) (1986), *The Use and Abuse of Social Science*, SAGE, London.
- Helmets, H.M., e.a. (1975), *Graven naar Macht — Op zoek naar de kern van de Nederlandse economie*, Van Gennep, Amsterdam.
- Henderson, B.D. (1989), The Origin of Strategy, in: *Harvard Business Review*, november/december 1989, p. 139-143.
- Henderson, R. (1994), The New Pharmaceutical Paradigm — Managing Innovation in the Information Age, in: *Harvard Business Review*, januari-februari 1994, p. 100-105.
- Hermans, H.E.G.M., A.F. Casparie, J.H.P. Paelinck (red.)(1993), *Health Care in Europe After 1992*, Aldershot, Dartmouth.
- Heroverwegingswerkgroep Geneesmiddelenvoorziening (1987), *Heroverweging geneesmiddelenvoorziening*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk.
- Hickson, D.J., R.J. Butler, D. Gray, G.R. Mallory, D.C. Wilson (1986), *Top Decisions — Strategic Decision Making in Organizations*, Jossey-Bass, San Francisco/Blackwell.
- Hirsch, P.M. (1975), Organizational Effectiveness and the Institutional Environment, in: *Administrative Science Quarterly*, 1975/20, p. 327-344.
- Hoeven, L.F.M. van der (1990), De januskop van de farmaceutische industrie, in: *Revoluon, Themanummer Geneesmiddelen en de markt*, 1990/2, p. 9-30.
- Hoeven, L.F.M. van der (1991a), GVS-paradox — Kwaliteitstoename bij lagere kosten, in: *Medisch Contact*, 1990/13, p. 408-409.
- Hoeven, L.F.M. van der (1991b), GVS-Twijfels — Kostenreductie en Kwaliteitstoename?, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 5, mei 1991, p. 250-251.
- Hoeven, L.F.M. van der (1992), Pillen — Onnodig, teveel en te duur, in: *BijEEN*, januari 1992, p. 26-29.
- Hof, H.M. (1992), Geneesmiddelendistributie in Nederland, in: *Pharmaceutisch Weekblad*, 127 16/17 1992.

- Hofhuis, T.R. (1990a), Nieuw vergoedingssysteem voor geneesmiddelen? – Waarom artsen en apothekers in de toekomst wel met elkaar moeten praten, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 1, juni/juli 1990, p. 111.
- Hofhuis, T.R. (1990b), Convenant tussen KNMP en WVC – Wie is er nou de slimmerik?, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 2, oktober 1990, p. 123-125.
- Hogwood, B.W., L.A. Gunn (1984), *Policy Analysis for the Real World*, Oxford University Press, Oxford.
- Hoogerwerf, A. (red.) (1982), *Overheidsbeleid*, tweede gewijzigde druk, Samson, Alphen aan de Rijn.
- Hoorn, E. van, P. Gevaerts (1988), *Patiënten/konsumentenplatforms – Resultaten van een enquête*, Werkgroep 2000, Utrecht.
- Hulsink, W. (1993), 'In Pursuit of a New Consensus?: The Liberalisation, Privatisation and Regulatory Reform of Telecommunications in the Netherlands', *Management Report Series – Faculteit Bedrijfskunde*, nummer 139, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Hunter, F. (1953)(1968), *Community Power Structure*, University of North-Carolina Press, Chapel Hill.
- Huys, A. (1983), Gist-Brocades – Financieel sterke biotechnoloog op zoek naar bestuurlijk evenwicht, in: *Management Totaal*, juni/juli 1983, p. 14-20.
- Jaarboek van Nederlandse Ondernemingen 1991/92 (1992), *200 bedrijven in beeld – Cijfers, kengetallen, koersen*, J.H. de Bussy en Tutein Nolthenius, Amsterdam.
- Jacobs, D., P. Boekholt, W. Zegveld (1990a), *De economische kracht van Nederland – Een toepassing van Porters benadering van de concurrentiekracht van landen*, SMO-boek, Den Haag.
- Jacobs, D., P. Boekholt, W. Zegveld (1990b), De concurrentiekracht van Nederland, in: *Economisch Statistische Berichten*, 19/26 december 1990, p. 1204-1207.
- James, B.G. (1985), *Business Wargames – Business Strategy for Executives in the Trenches of Market Warfare*, Penquin, Harmondsworth.
- Jaspers, J.B. (1985), *Het medische circuit – Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)*, Bohn Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen.
- Johnson, G., K. Scholes (1988), *Exploring Corporate Strategy*, tweede editie, Prentice-Hall, New York/London.
- Johri, L.M. (1983), *Business Strategies of Multinational Corporations in India – Case Study of Drug and Pharmaceutical Industry*, Vision Books, New Delhi.
- Jol, O. *Aspecten van mededinging op de geneesmiddelenmarkt*, scriptie, 1990, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Jong, H.W. de (1981), Competition and Economic Power in the Pharmaceutical Industry, in: H.W. de Jong (red.), *The Structure of European Industry*, Martinus Nijhoff, Den Haag, p. 209-235.
- Jong, H.W. de (red.) (1988), *The Structure of European Industry*, tweede herziene druk, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Jong, H.W. de (1990), Frau Antje en de diamant, in: *Economisch Statistische Berichten*, 19/26 december 1990, p. 1213-1216.
- Jong, J.G.A.M. (1992), *spreekbeurt op Pharmavisie*, 26 maart 1992.
- Jorde, T.M., D.J. Teece (1989), Competition and Cooperation – Striking the Right Balance, in: *California Management Review*, lente 1989, p. 25-37.
- Kahan, J.P., A. Rapoport (1984), *Theories of Coalition Formation*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale/London.
- Keuning, D. (1989), *Bedrijfskunde – Bedrijfsontwikkeling en -beslissingsgebieden*, Stenfert Kroese, Leiden/Antwerpen.
- Klein, C. de (1988), De extramurale geneesmiddelenvoorziening, in: *Handboek structuur en financiering van de gezondheidszorg*, VUGA, Den Haag, p. 41-75.
- KLOZ (1988), *Samenstelling en kosten ex-vrijwillig ziekenfondsverzekerden*, Stichting KLOZ informatiesysteem gezondheidszorg (Kontaktorgaan Landelijk Overleg Ziektekostenverzekeraars), Houten.

- KNMP (1987), *Pharmaceutisch Weekblad, Special Edition (Pharmacy in the Netherlands)*, KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie), Den Haag.
- KNMP (1990), door P.A.G.M. de Smet, *Farmacotherapeutische beoordeling van het concept GVS-formularium*, Geneesmiddel Informatie Centrum/KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie), Den Haag.
- KNMP (1992), *Voorlichtingsbrochure: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie*, KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie), Den Haag.
- Knorr, R.O. (1990), Strategic Restructuring for the 1990s, in: *Journal of Business Strategy*, mei/juni 1990, p. 59-60.
- Knoke, D., Kuklinski, J.H. (1986), *Network Analysis*, series: Quantitative Applications of the Social Sciences, derde editie, SAGE, Beverly Hills.
- Kogut, B. (1989), A Note on Global Strategies, in: *Strategic Management Journal*(UK), juli/augustus 1989, p. 383-389.
- Kolde, E.J. (1985), *Environment of International Business*, Kent, Belmont.
- Kooten, P.J.M. (1987), *De ontwikkeling van de groothandelsinvesteringen – 1981-1987*, EIM (Economisch Instituut voor het Midden- en Kleinbedrijf), Zoetermeer, januari 1987.
- Krackhardt, D. (1990), Assessing the Political Landscape – Structure, Cognition, and Power in Organizations, in: *Administrative Science Quarterly*, juni 1990, p. 342-369.
- Kramer, C. (1990), Op recept verkrijgbaar – De geneesmiddelenvoorziening vanuit patiëntenperspectief, in: *Revoluon, Themamnummer Geneesmiddelen en de markt*, 1990/2, p. 53-61.
- Kruijff, M.I. de (1993), Neocorporatisme en de geneesmiddelensector – Het belang van het Omni Partijen Akkoord, in: *Beleid en Maatschappij*, 1993/4, p. 182-193.
- Kumar, P., Ghadially, R. (1989), Organizational Politics and Its Effects on Members of Organizations, in: *Human Relations*, april 1989, p. 305-314.
- Kuypers, G. (1976), *Grondbegrippen van politiek*, tweede druk, Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen.
- Laeyendecker, L. (1981), *Orde, verandering, ongelijkheid*, Boom, Meppel.
- Lageweg, H.L.M., P. de Wolf, B. Wierenga (1989), *Generieke Geneesmiddelen – Een bedrijfskundige verkenning*, Eburon, Delft.
- Landheer, C. (1991a), Gezondheid – Zorg – Structuur: Een beschouwing met betrekking tot de huidige structuur van de gezondheidszorg en de beleidsvoornemens van de overheid in deze, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 3, maart 1991, p. 216-217.
- Landheer, C. (1991b), Gezondheid – Zorg – Structuur: Een beschouwing met betrekking tot de huidige structuur van de gezondheidszorg en de beleidsvoornemens van de overheid in deze, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 5, mei 1991, p. 254-255.
- Landheer, C. (1991c), Gezondheid – Zorg – Structuur: Een beschouwing met betrekking tot de huidige structuur van de gezondheidszorg en de beleidsvoornemens van de overheid in deze, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 6/7, juni/juli 1991, p. 278-279.
- Laumann, E.O., F.U. Pappi (1976), *Networks of Collective Action – A Perspective on Community Influence Systems*, Academic Press, New York.
- Laumann, E.O., P.V. Marsden, J. Galaskiewicz (1977), Community Influence Structures – Replication and Extension of a Network Approach, in: *American Journal of Sociology*, 1977/83, p. 594-631.
- Lawrence, P.R., J.W. Lorsch (1967), *Organization and Environment*, Harvard University Press, Boston.
- Lawrence, P.R., D. Dyer (1983), *Renewing American Industry*, The Free Press, New York.
- Leede, E. de, Ph. van Engeldorp Gastelaars, J.C.C. Gleijm, A.J.J.A. Maas (1986), *Bedrijfskunde en methodologie*, Eburon, Delft.
- Leeuw, A.J.C. de (1990), *Een boekje over Bedrijfskundige methodologie – Management van onderzoek*, Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Leifer, E.M., H.C. White (1987), A Structural Approach to Markets, in: M.S. Mizruchi, M. Schwartz (red.), *Intercompany Relations – The Structural Analysis of Business*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 85-108.

- Leijen, J. (1991), Haags Steekspel – Medicijnprijs ligt veertig procent boven het Europees gemiddelde, in: *Elzevier*, 7 december 1991, p. 74-78.
- Leistra, G. (1991), Wel of niet in het fonds – Lobby's voor en tegen homeopathie draaien op volle toeren, in: *Elzevier*, 7 december 1991, p. 24-28.
- LHV (1990) (Landelijke Huisartsen Vereniging), Jaarverslag 1989, in: *Medisch Contact*, nummer 20, 18 mei 1990, p. 653-659.
- Liebenau, J. (1987), *Medical Science and Medical Industry – The Formation of the American Pharmaceutical Industry*, MacMillan, London.
- Linda, R. (1988), The food and drinks industry – Large firm strategies, in: H.W. de Jong (red.), *The Structure of European Industry*, tweede herziene druk, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, p. 127-156.
- Lipset, S.M., M.A. Trow, J.S. Coleman (1956), *Union Democracy – The Internal Politics of the International Typographical Union*, The Free Press, Glencoe.
- Loehlin, J.C. (1987), *Latent Variable Models – An Introduction to Factor, Path and Structural Analysis*, Lawrence Erlbaum Associates, Hinsdale.
- Loose, K. (1990a), Twintig jaar strategie in de farmaceutische branche – Deel I, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 3, november 1990, p. 151-152.
- Loose, K. (1990b), Twintig jaar strategie in de farmaceutische branche – Deel II: de periode 1975-1980, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 4, december 1990, p. 178-179.
- Loose, K. (1991a), Twintig jaar strategie in de farmaceutische branche – Deel III: de periode 1980-1985, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 1/2, januari/februari 1991, p. 199-200.
- Loose, K. (1991b), Twintig jaar strategie in de farmaceutische branche – Deel IV/1: de periode 1985-1990, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 3, maart 1991, p. 218-219.
- Loose, K. (1991c), Twintig jaar strategie in de farmaceutische branche – Deel IV/2: de periode 1985-1990, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 4, april 1991, p. 243-244.
- LSV (1988), *De specialist van morgen – Een toekomstvisie in antwoord op de problematiek van vandaag*, LSV (Landelijke Specialisten Vereniging), Utrecht.
- LSV (1990), *Jaarverslag 1988-1989*, LSV (Landelijke Specialisten Vereniging), Utrecht.
- Lynn, M. (1991), Drug Companies in a Fix, in: *International Management*, oktober 1991, p. 62-65.
- Mantel, A.F. (red.), B. Wierenga, P. de Wolf, C.P. Veerman (1987), *De Nederlandse geneesmiddelenmarkt in observatie – Onderzoek, diagnose en voor te schrijven medicijn*, Eburon, Delft.
- Mantel, A.F. (1991), *Europese regelgeving en de Nederlandse gezondheidszorg – Een inventariserend onderzoek*, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, publikatienummer 91.725.
- Maranville, S.J. (1989), You can't make Steel Without Having Some Smoke – A Case Study in Stakeholder Analysis, in: *Journal of Business Ethics* (Netherlands), januari 1989, p. 57-63.
- Marsden P.V., N. Lin (red.) (1982), *Social Structure and Network Analysis*, SAGE, Beverly Hills.
- Martens, R. (1989), De strategische groepstheorie – Een toepassing op de Europese farmaceutische markt, 1978-1985, in: *Economisch en Sociaal Tijdschrift*, 1989/3, p. 251-270.
- Mayntz, R. (1985), *Soziologie der öffentlichen Verwaltung*, Müller, Heidelberg.
- Meerling (1981), *Methoden en technieken van psychologisch onderzoek deel 2 – Data-analyse en psychometrie*, Boom, Meppel/Amsterdam.
- MEFA (1992), *Tal og data 1992 Medicin og Sundhedsvæsen/Facts 1992 Medicine and Health Care*, MEFA (Foreningen af Danske Medicinfabrikker), København.
- Meurs, R. van (1989), Coca-Cola zit in de Derde Wereld: de geneesmiddelenindustrie moet er eveneens vrij kunnen opereren – Bij de Wereldgezondheidsorganisatie nemen de farmaceutische bedrijven de macht over, in: *Vrij Nederland*, 21 oktober 1989.
- Miles, M.B., A.M. Huberman (1984), *Qualitative Data Analysis – A Sourcebook of New Methods*, SAGE, Beverly Hills.
- Miller, A., G.G. Dess (1993), Assessing Porter's (1980) Model in Terms of Its Generalizability, Accuracy and Simplicity, in: *Journal of Management Sciences*, 30:4, p. 553-585.

- Miller, D., P.H. Friesen (1984), in samenwerking met Henry Mintzberg, *Organizations — A Quantum View*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Mintzberg, H. e.a. (1975), The Structure of 'Unstructured' Decision Processes, in: *Administrative Science Quarterly*, 1975/21, p. 246-275.
- Mintzberg, H. (1979), *The Structuring of Organizations — A Synthesis of the Research*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Mintzberg, H. (1983), *Structure in Fives — Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Mintzberg, H. (1988), Opening up the definition of strategy, in: J.B. Quinn, H. Mintzberg, R.M. James, *The Strategy Process — Concepts, Contexts and Cases*, Prentice-Hall, New York, p. 13-20.
- Mintzberg, H. (1990a), The Design School — Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management, in: *Strategic Management Journal*(UK), april 1990, p. 171-195.
- Mintzberg, H. (1990b), Strategy Formation: Schools of Thought, in: J.W. Frederickson (red.), *Perspectives on Strategic Management*, Harper & Row, New York.
- Mizruchi, M.S., M. Schwartz (1987), The Structural Analysis of Business — An Emerging Field, in: M.S. Mizruchi, M. Schwartz (red.), *Intercompany Relations — The Structural Analysis of Business*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 3-22.
- Morgan, G. (1986), *Images of Organization*, SAGE, Beverly Hills.
- Murray, A.I. (1989), Top Management Group Heterogeneity and Firm Performance, in: *Strategic Management Journal*(UK), zomer 1989, p.125-141.
- Mutschler, E. (1989), Drug Research: The Basis for Therapeutic Advance, in: D.D. Breimer, D.J.A. Crommelin, K.K. Midha (red.), *Topics in Pharmaceutical Sciences*, FIP, Den Haag, p. 15-28.
- Nagel, A.P. (1990), *Verhogen van het strategisch produkt innovatievermogen — Naar een verhoging van het strategisch produktinnovatievermogen en over het belang van een technologiestrategie, met een toepassing bij producenten van medische apparatuur in Nederland*, Proefschrift Technische Universiteit Eindhoven.
- NRV (1991), *Advies Rapport Fortuyn*, NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid), Zoetermeer.
- Nefarma Jaarverslag 1979 1980 1981 (1980)(1981)(1982a), Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- Nefarma (1982b), *Substitutie versus innovatie*, Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- Nefarma Jaarverslag 1983 (1984), Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- Nefarma (1988), *De Nederlandse consument en zelfmedicatie — Samenvatting van een onderzoek naar de opvattingen van de Nederlandse consument over zelfzorg met geneesmiddelen*, Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- Nefarma Jaarverslag 1988 (1989), Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- Nefarma (1990a), *Research Jaarboek 1989, Vergrijzing en geneesmiddelen*, Nefarma(Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- Nefarma Jaarverslag 1989 1990 1991 (1990b)(1991)(1992), Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- Nefarma (1991), Het verschijnsel therapeutische substitutie, in: *Bijsluiter*, Jaargang 8/augustus 1991, p. 25-30.
- Nefarma (1993), Interview met farmacochemicus Timmerman, in: *Innovator*, jaargang 1/mei 1993, p. 20-22.
- Nelson, R.E. (1989), The Strength of Strong Ties — Social Networks and Intergroup Conflict in Organizations, in: *Academy of Management Journal*, juni 1989, p. 353-376.
- Nichols, N.A. (1994), Scientific Management at Merck — An Interview with CFO Judy Lewent, in: *Harvard Business Review*, januari-februari 1994, p. 89-99.
- Noordzij, G.P. (1981), Het politieke systeem, in: M.P.C.M. van Schendelen (red.), *Kernthema's van de politicologie*, tweede druk, Boom, Meppel, p. 15-36.

- Nord, D. (1989), Festbeträge und Richtgrößen, in: *Pharmazeutische Industrie*, 51/12(1989), p. 1319-1322.
- Norman, G., M. La Manna (1992), *The New Industrial Economics — Recent Developments in Industrial Organisation, Oligopoly and Game Theory*, Edward Elgar, Aldershot.
- Nowotny, O.H., G.T. Smith, bewerkt door H.M.A. Hollanders (1982), *De farmaceutische industrie in West-Europa — Kunnen we haar toekomst veilig stellen?*, Nefarma (Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie), Utrecht.
- OECD (1981), *Multinational Enterprises, Governments and Technology — Pharmaceutical Industry*, OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development), Parijs.
- Oosting, B., G. Verschoor, G. Schrijvers (1984), De tachtigjarige oorlog om het ziekenfonds, in: *Medisch Contact*, nummer 51/52, 21 december 1984.
- Ordeshook, P.C. (1986), *Game Theory and Political Theory — An Introduction*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Organon/AKZO (1991), *Kerngegevens Organon International 1990*, Organon Pharmalert, Oss.
- Perrow, C. (1986), *Complex Organizations — A Critical Essay*, derde editie, Random House, New York.
- Pettigrew, A.M. (red.) (1988), *The Management of Strategic Change*, Blackwell, Oxford.
- Pickard, R., P. Vlaandere, J. Winter (red.) (1989), *Patent Law and Pharmaceutical Products*, MFR (Nederlandse Stichting ter bevordering van Medisch-Farmaceutische Research), Utrecht.
- Pfeffer, J., G. R. Salancik (1978), *The External Control of Organizations*, Harper & Row, New York.
- Pfeffer, J. (1987), A Resource Dependence Perspective on Intercorporate Relations, in: M.S. Mizruchi, M. Schwartz (red.) *Intercorporate Relations — The Structural Analysis of Business*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 25-55.
- PGON (1990), *Programma van Actie ter Stimulering van het Geneesmiddel Onderzoek in Nederland — PASGON*, PGON (Platform Geneesmiddel Onderzoek Nederland), Utrecht.
- Praag, B.M.S. van (1989), De invloed van 'Den Haag', in: *Pharmaceutisch Weekblad*, 124-1989, p. 970-975.
- Porter, M.E. (1980), *Competitive Strategy — Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, The Free Press, New York.
- Porter, M.E. (1983), *Cases in Competitive Strategy*, The Free Press, New York.
- Porter, M.E. (1985), *Competitive Advantage — Creating and Sustaining Superior Performance*, The Free Press, New York.
- Porter, M.E. (red.) (1986), *Competition in Global Industries*, Harvard Business School Press, Boston.
- Porter, M.E. (1990a), *The Competitive Advantage of Nations*, MacMillan, London en Basingstoke.
- Porter, M.E. (1990b), The Competitive Advantage of Nations, in: *Harvard Business Review*, maart/april 1990, p. 73-93.
- Post, D. (1984), *Verwijzen en prescriptie — Een paar apart*, Regionaal Ziekenfonds Zwolle, Zwolle.
- Quinn J.B., H. Mintzberg, R.M. James (1988), *The Strategy Process — Concepts, Contexts and Cases*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Quinn, J.B., T.L. Doorley, P.C. Paquette (1990), Beyond Products — Services-Based Strategy, in: *Harvard Business Review*, maart/april 1990, p. 58-68.
- Rabobank Nederland (1990)/(1992), *Cijfers & Trends — 75 visies op het Nederlandse bedrijfsleven*, Rabobank Nederland, Amsterdam.
- Ranney, A. (1965), *The Governing of Men*, New York.
- Raymond, T.C. (1964), *Problems in Business Administration — Analysis by the Case Method*, tweede editie, McGraw-Hill, New York.
- Redwood, H. (1988), *The Pharmaceutical Industry — Trends, Problems and Achievements*, Oldwicks, Felixstowe.
- Redwood, H. (1989), *The Price of Health — The Link Between Research in the Pharmaceutical Industry and Health Care Systems in the Developed World*, Adam Smith Institute, London.

- Redwood, H. (1990), *Pharmaceutical Patent Term Restoration for the 1990's — An International Inquiry into Cause and Effect*, Oldwicks, Felixstowe.
- Riker, W.H. (1962), *The Theory of Political Coalitions*, Yale University Press, New Haven/London.
- Roo, A.A. de (1988), Trendbreuken en strategische beslissingen in de gezondheidszorg, in: H.E.G.M. Hermans, A.A. de Roo, (red.), *Haalbare verandering — Strategisch handelen in de gezondheidszorg onder snel veranderende omstandigheden*, Kluwer, Deventer, p. 15-22.
- Roobeek, A.J.M. (1988), *Telecommunications — An Industry in Transition*, in: H.W. de Jong (red.), *The Structure of European Industry*, tweede herziene druk, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, p. 297-328.
- Sanders, J.C. (1991), *Trends in Farma-Nederland*, Tekst van een inleiding op 20 februari 1991 voor het Nederlands Studiecentrum te Scheveningen.
- Scheerens, J. (1983), *Evaluatie-onderzoek en beleid — Methodologische en organisatorische aspecten*, SVO, Den Haag.
- Schendelen, M.P.C.M. van (1981), *Kernthema's van de politicologie*, tweede herziene druk, Boom, Meppel.
- Scherer, F.M. (1980), *Industrial Market Structure and Economic Performance*, tweede editie, Rand McNally, Chicago.
- Scherer, F.M. (1984), *Innovation and Growth — Schumpeterian Perspectives*, MIT Press, Cambridge/London.
- Scherer, F.M., D. Ross (1990), *Industrial Market Structure and Economic Performance*, derde editie, Houghton Mifflin Company, Boston.
- Schneider, S.C. (1989), *Strategy Formulation: The Impact of National Culture*, in: *Organization Studies*, 1989, p. 149-168.
- Schouten, P. (1981), Research en planning niet persé water en vuur, in: *Management Totaal*, november 1981, p. 46-49.
- Schut, F.T. (1989), *Mededingingsbeleid in de Gezondheidszorg*, reeks: Beleid en Management Gezondheidszorg, Vuga/De Tijdstroom, Den Haag/Lochem.
- Schut, C. (1990), 'Eureka!' En dan komt de vraag: Hoe 'Willie Wortel' zijn uitvinding beschermt?, in: *Export Magazine*, juni 1990, p. 11-13.
- Schutjens, M.H.D.B. (1990a), Het grijze gebied tussen geneesmiddelen en 'quasi'-geneesmiddelen — Wanneer is een geneesmiddel een geneesmiddel?, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 1, juni/juli 1990, p. 118-119.
- Schutjens, M.H.D.B. (1990b), Octrooiduurverlenging bij geneesmiddelen — Na de VS, Japan, nu ook Europa?, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 2, oktober 1990, p. 135-137.
- Schutjens, M.H.D.B. (1990c), Substitutie van geneesmiddelen en merkenrecht, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 4, december 1990, p. 169-170.
- Schutjens, M.H.D.B. (1991a), De 'verbrusseling' van de Nederlandse geneesmiddelenmarkt — deel 1, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 3, maart 1991, p. 210-211.
- Schutjens, M.H.D.B. (1991b), De 'verbrusseling' van de Nederlandse geneesmiddelenmarkt — deel 2: voorstellen met betrekking tot regelingen voor groothandels, informatie en distributiekanaalen, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 4, april 1991, p. 239-240.
- Schutjens, M.H.D.B. (1991c), De 'verbrusseling' van de Nederlandse geneesmiddelenmarkt — deel 3: voorstellen met betrekking tot reclame, homeopathische (dier)geneesmiddelen en een nieuw Europees registratiesysteem, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 5, mei 1991, p. 257-258.
- Schutjens, M.H.D.B. (1992), De 'verbrusseling' van de Nederlandse geneesmiddelenmarkt — Een update, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 4, april 1992, p. 12-13.
- Schwenk, C.R. (1989), Linking Cognitive, Organizational and Political Factors in Explaining Strategic Change, in: *Journal of Management Studies(UK)*, maart 1989, p. 177-187.
- Scott, W.R. (1981)(1987), *Organizations — Rational, Natural and Open Systems*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Scott, B.R. (1989), Competitiveness — Self-Help for a Worsoning Problem, in: *Harvard Business Review*, juli/augustus 1989, p. 115-121.

- Segev, E. (1989), A Systematic Comparative Analysis and Synthesis of Two Business-Level Strategic Typologies, in: *Strategic Management Journal*(UK), september/oktober 1989, p. 487-505.
- Shepherd, W.G. (1979)(1990), *The Economics of Industrial Organization*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Shivastava, P., G.E. Lim (1989), A Profile of Doctoral Dissertations in Strategic Management – A Note, in: *Journal of Management Studies*(UK), september 1989, p. 531-540.
- Simon, H.A. (1961), *Administrative Behavior*, MacMillan, New York.
- Snier, H., P. de Wolf (1991), Opportunities for Small Countries – Perspectives for the Dutch Pharmaceutical Industry, paper voor de workshop *Small Countries' Ways Out of the International Restructuring Race*, Amsterdam 12 december 1991.
- SNIP (1992), *Pharmaceuticals in France 1992*, SNIP (Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique), Parijs.
- Soref, I.V. Zeitlin (1987), Finance Capital and the Internal Structure of the Capitalistic Class in the United States, in: *Intercompany Relations*, 1987, p. 56-85.
- STG (1991), *Basisanalyse – De toekomst van het geneesmiddel in de gezondheidszorg*, STG (Stuurgroep Toekomstscenari'o's Gezondheidszorg), Rijswijk.
- STG (1993) (Stuurgroep Toekomstscenari'o's Gezondheidszorg), *De Toekomst van het Geneesmiddel in de Gezondheidszorg – Een scenario-analyse*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.
- Stokman, F.N., D. Ziegler, J. Scott (red.) (1985), *Networks of Corporate Power – A Comparative Analysis of Ten Countries*, Polity Press, Cambridge.
- Streeck, W., P.C. Schmitter (1985), *Private Interest Government – Beyond Market and State*, SAGE, London.
- Taggart, J. (1992), *The World Pharmaceutical Industry*, Routledge, London/New York.
- Terpstra V., K. David (1985), *The Cultural Environment of International Business*, Southwestern, Cincinnati.
- Teso, B. (1980), *Technical Change and Economic Policy: Science and Technology in the New Economic and Social Context – Sector Report: The Pharmaceutical Industry*, OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development), Parijs.
- Thompson, J.D. (1967), *Organizations in Action*, McGraw-Hill, New York.
- Tulder, R.J.M. van (1992), *Characteristics of Resource-based Complexes*, verslag van de workshop *Small Countries' Ways Out of the International Restructuring Race*, Amsterdam 12 december 1991.
- Turk, H. (1977), *Organizations in Modern Life – Cities and Other Large Networks*, Jossey-Bass, San Francisco.
- UNIDO (1980), *Appropriate Industrial Technology for Drugs and Pharmaceuticals – Monographs on Appropriate Industrial Technology no. 10*, UNIDO (United Nations Industrial Development Organisation), Wenen.
- Ven, W.P.M.M. van de (1981), Ziekenfonds- versus particuliere verzekeringen in gezondheidszorg (I) – Een vergelijking van kosten, in: *Economisch Statistische Berichten*, 3 juni 1981, p. 524-530.
- Ven, W.P.M.M. van de (1988), Ontwikkelingen in de structuur en financiering van de gezondheidszorg, in: H.E.G.M. Hermans, A.A. de Roo, (red.), *Haalbare verandering – Strategisch handelen in de gezondheidszorg onder snel veranderende omstandigheden*, Kluwer, Deventer, p. 53-61.
- Ven, W.P.M.M. van de, R.J.C.A. van Vliet (1992), How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?, in: P. Zweifel, H.E. Frech (red.), *Health Economics Worldwide*, Kluwer, Dordrecht.
- Venkatraman, N. (1989), The Concept of Fit in Strategy Research – Toward Verbal and Statistical Correspondence, in: *Academy of Management Review*, juli 1989, p. 423-444.
- Venkatraman, N. (1989), Strategic Orientation of Business Enterprises – The Construct, Dimensionality, and Measurement, in: *Management Science*, augustus 1989, p. 942-962.

- Venkatraman, N., J.E. Presscott (1990), Environment-Strategy Coalignment — An Empirical Test of Its Performance Implications, in: *Strategic Management Journal*(UK), januari 1990, p. 1-23.
- Verkaar, E.A.M.J. (1991), *Strategisch gedrag van kategoriale patiëntenorganisaties*, proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vernon, R., L.T. Wells (1981)(1986), *The Economic Environment of International Business*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Verschuren, H.A.L.C. (1990), Prodifarma, in: *Pharmaceutisch Weekblad*, 125(18) 1990, p. 447-448.
- Virts, J.S., J.F. Weston (1981), Expectations and the Allocation of Research and Development Resources, in: R. Helms (red.), *Drugs and Health*, p. 21-45.
- Visser, T.J. (1990), *Geneesmiddelenvoorlichting — Een overzicht*, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden/Wetenschapswinkel, Leiden.
- Vos, R. (1989), *Drugs Looking for Diseases*, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Vroom, B. de (1990), *Verenigde fabrikanten — Ondernemersverenigingen van de voedings- en geneesmiddelenindustrie; tussen achterban en overheid*, proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.
- Wassenberg, A.F.P. (red.) (1980), *Netwerken — Organisatie en strategie*, Boom, Meppel.
- Wassenberg, A.F.P. (1988), *Strategie en beleid — Onderhandelingsgedrag in netwerken*, Nederlands Studie Centrum, Vlaardingen.
- Weick, K. (1974)(1979), *The Social Psychology of Organizing*, Addison-Wesley, Reading.
- Wells, N. (1983), *The Second Pharmaceutical Revolution*, Office of Health Economics, London.
- Weiss, P. (1991), *Arzneimittelinnovation in der Bundesrepublik Deutschland als unternehmerische Aufgabe und ordnungspolitisches Gestaltungsfeld*, Universität Duisburg Gesamthochschule, Duisburg.
- Whip, R., R. Rosenfeld, A.M. Pettigrew (1987), Understanding Strategic Change Processes — Some Preliminary British Findings, in: A.M. Pettigrew (red.), *The Management of Strategic Change*, Blackwell, Oxford.
- White, H.C., S.A. Boorman, R.L. Breiger (1976), Social Structure from Multiple Networks — Part I: Blockmodels of Roles and Positions, in: *American Journal of Sociology*, 1976/81, p. 730-780.
- Wholey, D.R., J. Brittain (1989), Characterizing Environmental Variation, in: *Academy of Management Journal*, december 1989, p. 867-882.
- WBS (1977), *Winst op recept, De geneesmiddelenvoorziening in Nederland*, WBS-cahiers, Werkgroep Farmacie/WBS (Wiardi Beckman Stichting), Kluwer, Deventer.
- Wijnberg, N.M. (1990), *Innovation, Competition and Small Enterprises*, proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Williamson, O.E. (1975), *Markets and Hierarchies — Analysis and Antitrust Implications*, The Free Press, New York.
- Willems, A. (1990), Samen sterk in Europa? — De Europese markt van belang voor de consument, in: *Revoluon, Themanummer Geneesmiddelen en de markt*, 1990/2, p. 31-39.
- Wit, B. de, R. Meyer (1994), *Strategy, Process, Content, Context — An International Perspective*, West Publishing Company, Minneapolis/St. Paul.
- Wolf, P. de, A.F. Mantel, C.P. Veerman, B. Wierenga (1987), De geneesmiddelenmarkt in observatie, in: *Economisch Statistische Berichten*, 28 januari 1987, p. 102-104.
- Wolf, P. de (1988), The Pharmaceutical Industry — Structure, Intervention and Competitive Strength, in: H.W. de Jong (red.), *The Structure of European Industry*, tweede herziene druk, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, p. 211-244.
- Wolf, P. de (1989), De geneesmiddelenmarkt — Is zelfregulering een aanvaardbaar alternatief voor overheidsregulering met betrekking tot de uitgaven aan geneesmiddelen?, in: *Nederlands Juristen Blad*, nummer 19, 13 mei 1989, p. 630-633.
- Wolf, P. de (1990), Wie bepaalt de koers? — Economie en politiek in de geneesmiddelenvoorziening, in: *Revoluon, Themanummer Geneesmiddelen en de markt*, 1990/2, p. 80-94.
- Wolf, P. de (1991), Een scenario over de sterren en strepen van Simons, in: *Farmaceutisch Nieuws*, nummer 8/9, augustus/september 1991, p. 286.

- Wolf, P. de (1993), *L'Industrie Pharmaceutique*, in: F. Sachwald (red.), *L'Europe et la globalisation — Acquisitions et accords dans l'industrie*, Masson, Parijs, p. 305-353.
- Wolf, P. de, B. Leijnse (1993), *Introduction to Pharmaceuticals*, in: H.E.G.M. Hermans, A.F. Casparie, J.H.P. Paelinck (red.), *Health Care in Europe After 1992*, Aldershot, Dartmouth, p. 131-133.
- Wright Mills, C. (1965), *The Power Elite*, The Free Press, New York.
- WVC (1987), *Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk.
- WVC (1988a), *Verandering Verzekerd*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk.
- WVC (1988b), *Grenzen van de Zorg*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk.
- WVC (1990), *Brief d.d. 24 september 1990 van de staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer inzake geneesmiddelenbeleid*, kenmerk: DGVGZ/HGB 734784, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) Rijswijk.
- WVC (1991a), *Concept Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) — Ontwerp-regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekerden*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk.
- WVC (1991b), *GVS — Achtergronden en Samenhang*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk.
- WVC (1992a), *Modernisering zorgsector — Weloverwogen verder*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk/Den Haag.
- WVC (1992b), *Patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk/Den Haag.
- WVC (1993), *'Geneesmiddelenbrief' — Brief d.d. 22 april 1993 van de staatssecretaris van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer inzake geneesmiddelenbeleid met betrekking tot de kostenontwikkeling van de farmaceutische hulp*, WVC (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur), Rijswijk.
- Yin, R.K. (1989), *Case Study Research — Design and Methods*, Sage Publications, London.
- Zald, M.N. (1970), *Power in Organizations*, Vanderbilt University Press, Nashville.
- ZFR (1987), *Advies verstrekkingenbeleid geneesmiddelen*, advies no. 373, ZFR (Ziekenfondsraad), Amstelveen, november 1987.
- ZFR (1991), *Advies inzake het rapport Fortuyn*, advies no. 511, ZFR (Ziekenfondsraad), Amstelveen, januari 1991.

Periodieken

AD: Algemeen Dagblad

Bijsluiter; tijdschrift van de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie (Nefarma) (tot en met februari 1993)

Consumentengids; tijdschrift van de Consumentenbond

Innovator; tijdschrift van de Nederlandse Vereniging van de Innoverende Farmaceutische Industrie (Nefarma) (vanaf mei 1993)

Intermediair

FD: Het Financieele Dagblad

FN: Farmaceutisch Nieuws

FT: Financial Times

Handelingen der Staten-Generaal; verslag Tweede Kamer en Uitgebreide Commissie Vergaderingen (UCV's)

LD: Leidsch Dagblad

MFR Nieuwsbrief; uitgave van de Nederlandse Stichting ter Bevordering van Medisch-Farmaceutische Research (MFR) (tot februari 1994)

NRC: NRC/Handelsblad

OPG Aktueel; uitgave van OPG (Onderlinge Pharmaceutische Groothandel)

Pharmaceutisch Weekblad; tijdschrift van de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP)

RD: Rotterdams Dagblad

The Economist

Trouw

VK: De Volkskrant

ZelfZorg; tijdschrift van de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie (Nefarma) (tot en met september 1992)

ZelfZorg; tijdschrift van de Nederlandse Vereniging van de Farmaceutische Industrie van Zelfzorg-geneesmiddelen (Neprofarm) (vanaf januari 1993)

Figuren

Hoofdstuk 1

Figuur 1.1	Concurrentiekrachten die de intensiteit van de concurrentie in een <i>industry</i> bepalen	6
Figuur 1.2	Onderscheiden onderzoeksniveau's	8
Figuur 1.3	De Nederlandse geneesmiddelensector	13
Figuur 1.4	Belangengroeperingen (inclusief overheden) in de Nederlandse geneesmiddelensector	14

Hoofdstuk 2

Figuur 2.1	Theorieën met betrekking tot de omgeving, haar ontwikkeling en organisatie-omgeving relaties	33
Figuur 2.2	Visueel beleidsmodel van Kuypers	41
Figuur 2.3	<i>The Wheel of Competitive Strategy</i>	42
Figuur 2.4	Een model voor een meer-actoren beleid	45
Figuur 2.5	Potentiële toetredingen	49
Figuur 2.6	Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten in de <i>industry</i>	51
Figuur 2.7	Dreiging van substituten	51
Figuur 2.8	Onderhandelingsmacht van afnemers	54
Figuur 2.9	Onderhandelingsmacht van aanbieders	55
Figuur 2.10	<i>Determinants of National Advantage</i>	62
Figuur 2.11	Model met zes concurrentiekrachten	64
Figuur 2.12	Invloed van belangengroeperingen	65
Figuur 2.13	Een vergelijking van industrie-sectoren op Europees niveau	76
Figuur 2.14	Begrippen ten behoeve van de analyse van de strategie i.c. de invloed van belangengroeperingen	77

Hoofdstuk 3

Figuur 3.1	Boter, kaas en eieren in de geneesmiddelensector — de minimale variant	82
Figuur 3.2	Boter, kaas en eieren in de geneesmiddelensector — de maximale variant	83

Figuur 3.3	Een relatieschema voor de Nederlandse geneesmiddelensector	85
Figuur 3.4	Het relatieschema voor producenten	95
Figuur 3.5	Potentiële toetredingen voor producenten	103
Figuur 3.6	Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor producenten	109
Figuur 3.7	Dreiging van substituten voor producenten	111
Figuur 3.8	Onderhandelingsmacht van producenten als aanbieders in vergelijking met groothandelaren als afnemers	113
Figuur 3.9	Intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen	114
Figuur 3.10	Model voor de intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen	117
Figuur 3.11	Het relatieschema voor groothandelaren	118
Figuur 3.12	Potentiële toetredingen voor groothandelaren	122
Figuur 3.13	Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor groothandelaren	130
Figuur 3.14	Dreiging van substituten voor groothandelaren	133
Figuur 3.15	Onderhandelingsmacht van groothandelaren als afnemers in vergelijking met producenten als aanbieders	136
Figuur 3.16	Onderhandelingsmacht van groothandelaren als aanbieders in vergelijking met apothekers als afnemers	138
Figuur 3.17	Intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen	139
Figuur 3.18	Model voor de intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen	143
Figuur 3.19	Het relatieschema voor apothekers	144
Figuur 3.20	Potentiële toetredingen voor apothekers	148
Figuur 3.21	Intensiteit van de rivaliteit tussen bestaande concurrenten voor apothekers	151
Figuur 3.22	Dreiging van substituten voor apothekers	154
Figuur 3.23	Onderhandelingsmacht van apothekers als afnemers in vergelijking met groothandelaren als aanbieders	159
Figuur 3.24	Intensiteit van de concurrentie voor apothekers	160
Figuur 3.25	Model voor de intensiteit van de concurrentie voor apothekers	162
Figuur 3.26	Het relatieschema voor artsen	164
Figuur 3.27	Het relatieschema voor consumenten	165
Figuur 3.28	Het relatieschema voor zorgverzekeraars	166
Figuur 3.29	Het relatieschema voor de overheid	169
Figuur 3.30	Instrumenten voor prijs- en volumebeleid in de Nederlandse geneesmiddelensector (1982-1992)	174
Figuur 3.31	Regulering met betrekking tot geneesmiddelen in 11 EG-landen	175
Figuur 3.32	Prijssystemen voor geneesmiddelen in de EG, 1992	176
Figuur 3.33	Producenten van geneesmiddelen, gebruik van het concurrentiekrachtenmodel	177
Figuur 3.34	Groothandelaren in geneesmiddelen, gebruik van het concurrentiekrachtenmodel	177
Figuur 3.35	Apothekers, gebruik van het concurrentiekrachtenmodel	178

Hoofdstuk 4

Figuur 4.1	Begrippen ten behoeve van de analyse van de strategie i.c. de invloed van belangengroeperingen	182
------------	--	-----

Figuur 4.2	De ontwikkeling van belangengroeperingen van producenten (fabrikanten en importeurs) van geneesmiddelen (1970-1985)	187
Figuur 4.3	De ontwikkeling van belangengroeperingen van producenten (fabrikanten en importeurs) van geneesmiddelen (1985-1990)	195
Figuur 4.4	Ontwikkelingen in het geneesmiddelenbeleid in Nederland in de periode 1986-1989: Het Omni-Partijen Akkoord; het gedogen van zelfregulering	202
Figuur 4.5	Ondertekenaars van het Omni-Partijen Akkoord	203
Figuur 4.6	Substitutiedreiging – Marktaandelen voor specialité's, generica en parallelimport, Nederland (1987-1992)	206
Figuur 4.7	Groeipercentages van generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen (1988-1992)	207
Figuur 4.8	Een meer-actoren-schema voor Nefarma, Bogin en Prodifarma; belangrijke ontwikkelingen in de periode 1986-1989: Het Omni-Partijen Akkoord (OPA)	212
Figuur 4.9	Ontwikkelingen in het geneesmiddelenbeleid in Nederland (1990-1993)	214
Figuur 4.10	De ontwikkeling van belangengroeperingen van producenten (fabrikanten en importeurs) van geneesmiddelen (1990-1993)	235
Figuur 4.11	Een meer-actoren schema voor Nefarma, WVC, Bogin en Prodifarma; belangrijke ontwikkelingen in de periode na 1989: het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)	245
Diagram 4.1	Kostenstijging farmaceutische hulp versus totale zorgsector (1983-1991)	197
Diagram 4.2	Kostenopbouw farmaceutische hulp (1986-1991)	198
Blok 3.1	De drie grote volgesorteerde Nederlandse groothandelaren	124
Blok 4.1	Anti-conceptiva	228
Blok 4.2	Imigran	230

Tabellen

Hoofdstuk 1

Tabel 1.1	Consumptie, produktie, handel en export, Europese (EFPIA) landen, 1988	16
Tabel 1.2	Vergelijking van prijsniveaus voor geneesmiddelen tussen EG-landen, 1988 en 1993 (index consumenten prijzen)	17
Tabel 1.3	Verbruik van geneesmiddelen tegen af-fabrieksprijs per hoofd van de bevolking, excl. levering aan ziekenhuizen, 1990 (in US \$) en index	18
Tabel 1.4	Kosten van de gezondheidszorg in internationaal perspectief, 1991	18
Tabel 1.5	Uitgaven zorgsector als % van het BNP (1985, 1990-1992, 1994, 1995)	19
Tabel 1.6	Uitgaven van de zorgsector (1986, 1988, 1990 en gemiddelde jaarlijkse groei in % 1986-1990)	20
Tabel 1.7	Werkgelegenheid in de farmaceutische industrie, 1980, 1986-1991	21
Tabel 1.8	Invoer, uitvoer en de handelsbalans van farmaceutische produkten, 1980, 1986-1990, Nederland	22
Tabel 1.9	Totale geneesmiddelenomzet (af-fabrieksprijzen), 1988-1991	22
Tabel 1.10	Omzetontwikkeling, totale markt, generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen (geïndexeerd), 1987-1991	23

Hoofdstuk 2

Tabel 2.1	De intensiteit van de concurrentie per concurrentiekracht	56
Tabel 2.2	Gebruikte aanduidingen bij de analyse van de intensiteit van de concurrentie	58

Hoofdstuk 3

Tabel 3.1	Marktaandelen van patent-, merk-, generieke- en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen, Nederland, 1990	89
Tabel 3.2	Introductie van <i>New Chemical Entities</i> (NCE's) en hun land van oorsprong (1982-1986)	97
Tabel 3.3	De kosten van onderzoek en ontwikkeling in de Nederlandse farmaceutische industrie (1980, 1985-1990)	98
Tabel 3.4	De tien grootste farmaceutische bedrijven gerangschikt naar wereldwijde omzet, 1990	105
Tabel 3.5	Volume groei Nederlandse geneesmiddelen sector, 1986-1991	106
Tabel 3.6	Organon, produktgroepen als percentage van de omzet, 1990	109
Tabel 3.7	Rangschikking van de tien leidende farmaceutische bedrijven naar winstgevendheid, 1991	110
Tabel 3.8	Intensiteit van de concurrentie voor producenten van geneesmiddelen, tellingen en percentages	115
Tabel 3.9	Marktaandelen op de thuismarkt van Nederlandse groothandelaren	123
Tabel 3.10	Belangrijke strategische ontwikkelingen binnen de <i>industry</i> van Nederlandse volgesorteerde groothandelaren vanaf 1980	128
Tabel 3.11	Resultatenrekening farmaceutische groothandel 1989	131
Tabel 3.12	Intensiteit van de concurrentie voor groothandelaren in geneesmiddelen, tellingen en percentages	140
Tabel 3.13	Aantallen apotheekhoudenden (1987-1992)	148
Tabel 3.14	Apothekers in Nederland, indeling naar soort en percentage, 1992	150
Tabel 3.15	Resultatenrekening apothekers 1989	153
Tabel 3.16	De frequentie waarmee reguliere groothandelaren genoemd worden als leverancier door apothekers	155
Tabel 3.17	Intensiteit van de concurrentie voor apothekers, tellingen en percentages	161
Tabel 3.18	Percentage diagnoses van huisartsen/specialisten waarbij medicijnen werden voorgeschreven (1990)	164
Tabel 3.19	Gebruik van het concurrentiekrachtenmodel, percentages voor producenten, groothandelaren en apothekers	179

Hoofdstuk 4

Tabel 4.1	Totale kosten vergoeding apotheekhoudenden	199
Tabel 4.2	Bijbetaling binnen het GVS	227
Tabel 4.3	Aantallen Migraine-patiënten, potentiële Imigran-gebruikers en gemiddelde kosten voor Nederland per jaar	231
Tabel 4.4	Invulling van de taakstelling in de Geneesmiddelenbrief	237

Hoofdstuk 5

Tabel 5.1	De analyse van de intensiteit van de concurrentie voor een drietal <i>industries</i> in de geneesmiddelen sector: producenten, groothandelaren en apothekers	252
-----------	--	-----

- Aguilar, F.J. 33
 Aldrich, H.E. 30, 32, 34, 35
 Ansoff, I. 31, 33
 Baran, P. 36
 Berg, H. 67, 68, 72, 75
 Bianchi, P. 66, 68, 70, 71, 74, 75
 Biemans, W.G. 79, 80
 Bosch, F.A.J. van den 26, 34, 62
 Burt, R.S. 35
 Daems, H. 6
 Dahl, R.A. 9, 39, 65, 183
 David, K. 31
 Dees (staatssecretaris WVC) 201, 203
 Douma, S.W. 6
 Domhoff, G.W. 36
 Dyer, D. 32
 Emery, F. 30, 31, 33
 Evenhuis (staatssecretaris EZ) 203
 Fahey, L. 29, 30, 31, 32, 33
 Faust, R.E. 96
 Felling, A.J.A. 39
 Freeman, J.H. 32
 Forlai, L. 66, 68, 70, 71, 74, 75
 Geesink (directeur Nefarma) 234, 238
 Gevearts, P. 192
 Grabowski, H.G. 93
 Hannan, M.T. 32
 Hirsch, P.M. 34
 Hof (voorzitter BvG) 237
 Hoogerwerf, A. 40
 Hoorn, E. van 192
 Houba (directeur Schering) 229
 Hulsink, W. 67
 Hunter, F. 38
 Jacobs, D. 62
 James, B.G. 26, 27
 James, R.M. 26
 Johnson, G. 26, 27, 28, 30
 Kieboom (voorzitter Nefarma) 234
 King, W.R. 33
 Klein, C. de 96, 194
 Kolde, E.J. 31
 Kruijff, M.I. de 201, 204, 205, 210, 218
 Kuypers, G. 8, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 182, 183, 248
 Lageweg, H.L.M. 90, 111, 175, 205, 206
 Landheer (VNZ) 218
 Laumann, E.O. 35
 Lawrence, P.R. 32, 34
 Leifer, E.M. 35
 Linda, R. 66, 67, 68, 70, 71, 74
 Lipset, S.M. 78, 79
 Loose, K. 125, 185
 Lorsch, J.W. 34
 Man, A.P. de 62
 Mantel, A.F. 96, 97, 155, 156
 Meer-Kooistra, J. van der 79, 80
 Meyer, R. 26
 Mindlin, S. 30
 Mintzberg, H. 26, 29
 Mizruchi, M.S. 34, 35, 36
 Narayanan, V.K. 29, 30, 31, 32, 33
 Nijhuis (VVD-kamerlid/directeur Nefarma) 202, 217, 234

- Oosting, B. 194
Pappi, F.U. 35
Pettigrew, A.M. 26
Pfeffer, J. 32, 36, 37
Poelgeest (voorzitter Bogin) 223, 238
Porter, M.E. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26,
27, 28, 29, 32, 33, 34, 40, 41, 42, 43,
46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55,
60, 61, 62, 63, 64, 65, 77, 248, 257,
258, 261
Quinn, J.B. 26, 27, 28
Ranney, A. 40
Redwood, H. 176
Roobeek, A.J.M. 66, 67, 69, 72, 74, 75
Rooy, van (staatssecretaris EZ) 223,
228, 229
Sanders (voorzitter Nefarma) 1, 201,
202, 204, 215, 217, 218, 219, 221,
222, 226, 234, 241
Salancik, G.R. 32
Schendelen, M.P.C.M. van 38
Scholes, K. 26, 27, 28, 30
Schwartz, M. 34, 35, 36
Scott, W.R. 27, 28, 31
Shapiro, L. 96
Simons (staatssecretaris WVC) 84,
94, 218, 222, 223, 224, 225, 230, 231,
232, 235, 236, 238
Soref, I.V. 37
Sweezy, P. 36
Taggert, J. 105
Terpstra, V. 31
Timmerman, H. 239
Trist, E. 30, 31, 33
Tulder, R.J.M. van 85
Verkaar, E.A.M.J. 29, 192, 193
Vernon, J. 93
Vernon, R. 31
Vos, de (directeur geneesmiddelen-
voorziening WVC) 223
Vroom, B. de 185, 186, 189, 195, 261
Weick, K. 33
Wells, N. 31
White, H.C. 35
Williamson, O.E. 35, 36
Wit, B. de 26
Wolf, P. de 66, 67, 68, 69, 72, 73, 74,
82, 200, 201, 203, 204
Wright Mills, C. 36, 38
Yin, R.K. 80
Zeitlin, I.V. 37

- Apotheekhoudende huisartsen 85, 86
AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) 12, 86, 236
Buidelgroothandel 126, 137
Bijlage 5 (van het GVS) 236
Bijlage 6 (van het GVS) 102, 236
CMPC (Centrale Medische Pharmaceutische Commissie) 201
Commissie Vergoedingslimieten 224, 225
Contracteervrijheid 145, 146
Convenant 218 e.v.
COTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg) 194
Declining profitability hypothese 92, 93
Eigen-bijdrage(-maatregel) 84, 172
Extramuraal 81
Fast movers 123
Festbeträge-systeem 102, 221
FTO (Farmaco-therapeutisch overleg) 173, 174
Geneesmiddelenbrief 235 e.v.
Geneesmiddelenindustrie 6
Geneesmiddelensector 6
Generic Opportunity 205
Generica
 zie Generieke geneesmiddelen
Generieke geneesmiddelen 2, 89, 90
GMP (*Good Manufacturing Practice*) 100
GVS (Geneesmiddelen Vergoedings Systeem) 173, 221 e.v.
Intramuraal 81
Ijkprijzensysteem 200 e.v.
Loco(-preparaat)
 zie Generieke geneesmiddelen
MAF (Meerjaren Afspraak Farmaceutische hulp) 220
Magistrale produkten 186
Mega-apotheek 145, 154
Merkgeneesmiddelen
 zie Specialité's
Merkentrouw 68
Me-too's, *Me-too*-produkten 91, 96
NCE's (*New Chemical Entities*) 91, 97, 98
Negatieve lijsten 172
Octrooien 89, 99, 100
OPA (Omni-Partijen Akkoord) 173, 200 e.v.
Openbare apotheek 144
OTC (*Over The Counter*)-middelen
 zie Vrije-verkoop geneesmiddelen
Parallel-geïmporteerde geneesmiddelen 88, 89
Particulier verzekeren 83, 166 e.v.
Patiëntenplatforms 192
Patiëntenverenigingen 192, 193
PIP (Patiënten Informatie Project) 174
Prijnsbeleid geneesmiddelen 171 e.v.
Prijzenbeschikkingen 171
Postorderfarmacie 147
Recept-geneesmiddelen 81
Referentieprijsstelsel
 zie Ijkprijzensysteem en GVS
Reguliere groothandel
 zie Volgesorteerde groothandel
Regulering geneesmiddelen (Europa) 175, 176
Research Depletion hypothese 92
Rugzakgroothandel 119, 123, 156

Runners zie *Fast movers*

Shop-in-shop formule 141

Specialité's 2, 15, 88 e.v.

Stimulanspremie 172, 204, 219

Tariefstructuur apotheekhoudenden
172, 199

Transparantie Engagement 238

TWGP (Tijdelijk Wet Geneesmiddelen
Prijzen) 173

UA (Uitsluitend Apotheek) 170

UR (Uitsluitend Recept) 170

Vergoedingslimiet

zie IJkprijzensysteem en GVS

Vestigingsbeleid KNMP 146

Volgesorteerde groothandel 118 e.v.

Volumebeleid geneesmiddelen
171 e.v.

Voorschrijfgedrag 164

Vrije-verkoop geneesmiddelen 81

Wettelijke prescriptieregeling 172

WTG (Wet Tarieven Gezondheidszorg)
171, 216

Ziekenfondslimietensysteem

zie IJkprijzensysteem en GVS

Ziekenfondsraad 194

Ziekenfondsverzekerden 83, 166 e.v.

Henk Snier (1960) rondde in 1982 een HBO-opleiding aan de Hogeschool 'De Horst' in Driebergen af. Na een periode van twee jaar werken bij een theaterstichting, studeerde hij politieke wetenschappen aan de Faculteit der Sociale en Culturele Wetenschappen van de Erasmus Universiteit in Rotterdam (EUR). Het moment van de afronding van de studie Politicologie in 1989, viel samen met het begin van een baan als AIO bij de vakgroep Strategisch Management en Bedrijfsomgeving van de Faculteit der Bedrijfskunde van de Erasmus Universiteit. Na de afronding van het AIO-schap werkte hij gedurende enige tijd als zelfstandig onderzoeker aan opdrachten vanuit het bedrijfsleven en de overheid. Sinds 1 september 1994 is hij als universitair docent Strategie verbonden aan de sectie Organisatie van de Onderneming, vakgroep Bedrijfseconomie van de Faculteit der Economische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Brabant (KUB) in Tilburg.

F(orce)3b: the Threat of Substitutes at the functional level (alternatives for the function of wholesalers and pharmacists).

The procedure used in this analysis leads to the following indications for the intensity of competition in each of the selected industries:

intensity of competition for producers/importers of pharmaceuticals:

Forces driving competition

- F1 : Threat of entry
- F2 : Intensity of rivalry among existing competitors
- F3 : Pressure or threats from substitutes
- F5 : Bargaining power of suppliers
- (F4 was not analyzed for producers/importers)

Indications found in this study

- lowers intensity
- effect on intensity not uniform
- heightens intensity
- heightens intensity

intensity of competition for wholesalers of pharmaceuticals:

Forces driving competition

- F1 : Threat of entry
- F2 : Intensity of rivalry among existing competitors
- F3a: Pressure or threats from substitutes(product)
- F3b: Pressure or threats from substitutes(function)
- F4 : Bargaining power of buyers
- F5 : Bargaining power of suppliers:

Indications found in this study

- lowers intensity
- effect on intensity not uniform
- heightens intensity
- heightens intensity
- effect on intensity not uniform
- effect on intensity not uniform

intensity of competition for pharmacists:

Forces driving competition

- F1 : Threat of entry
- F2 : Intensity of rivalry among existing competitors
- F3a: Pressure or threats from substitutes(product)
- F3b: Pressure or threats from substitutes(function)
- F4 : Bargaining power of buyers
- (F5 was not analyzed for pharmacists)

Indications found in this study

- lowers intensity
- lowers intensity
- heightens intensity
- effect on the intensity not uniform
- lowers intensity

The key Basic Competitive Force in the pharmaceutical sector was proven to be Pressure or Threats from Substitutes.

II STRATEGY

The analysis of the strategy of interest groups in the pharmaceutical sector was concentrated on case studies of interest groups of producers/importers of pharmaceuticals in two separate periods: 1986-1989 and 1990-1993.

In the first period (1986-1989) the Omni-Party Agreement (Omni-Partijen Akkoord:OPA) could be identified as the central development in the Dutch pharmaceutical sector. OPA was an agreement between all major interest groups in the pharmaceutical sector, aimed at controlling the costs of pharmaceuticals by means of self-regulation, in order to prevent the introduction of a reference price system by the Dutch government. The (interest group of) producers/importers of branded pharmaceuticals (Nefarma) gained the most from the effects of OPA. Substitution of branded pharmaceuticals by generics and parallel-imported drugs came to an almost complete standstill. The opposition of Prodifarma (parallel-importers) against OPA and their refusal to participate in OPA could be viewed as logical in this context. The participation of Bogin (generic producers) in OPA seemed illogical, since OPA had very negative effects on the sales of the members of this organisation. In terms of influence of interest groups, relations dominated by the authority of Nefarma can be seen as the most influential factor in period 1986-1989. Furthermore, OPA instituted legitimized relations between the

organisations taking part in the agreement.

The indirect influence of interest groups on the intensity of competition in the researched period 1986-1989 came about through the competitive force of the Threat of Substitutes. Due to the effects of the Omni-Party Agreement substitution of branded pharmaceuticals by generics and parallel-imported drugs slumped. The direct influence of interest groups on the intensity of the competition could be seen in the effects of OPA at the micro-level, i.e. the direct effects on the profitability of companies in the industries. For example: The OPA-parties agreed upon a 3% price reduction of wholesalers' purchasing prices and a 1% reduction of the gross margin for wholesalers, which had direct consequences for the profitability of individual producers and wholesalers.

In the second period (1990-1993) the Omni-Party Agreement fell apart, mainly due to differences of opinion between the OPA-parties (with Nefarma as the most important 'spokesman') and the Ministry of Health, concerning the success of OPA in reaching cutbacks in the expenditure for pharmaceuticals. Furthermore, the Ministry of Health seemed no longer very interested in attempts at self-regulation like OPA, and decided to fall back on their original plan to introduce a reference price system. In this system, called *Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS)* (in English: Pharmaceutical Reimbursement System), pharmaceuticals were classified according to therapeutic categories. Within each cluster of therapeutic equivalents drugs were reimbursed up to an average drug-price. The introduction of GVS can be seen as the most central development in the Dutch pharmaceutical sector in the period 1990-1993. While other former OPA-parties signed separate agreements with the Ministry of Health, promising to support the introduction of the GVS in exchange for certain advantages for their members, Nefarma still tried to save OPA, and consequently ended up in an isolated position. The members of Bogin and Prodifarma benefitted from the introduction of the GVS, since product substitution-rates again rapidly increased. These organisations were therefore remarkably quiet in the period 1990-1993, and could certainly not be heard as strong adversaries against the introduction of the GVS. Due to its isolated position, Nefarma lost its central position in the Dutch pharmaceutical sector, based on authority relations. In the period 1990-1993, the power based relations of the Ministry of Health with other interest groups were the most influential factor affecting strategy. These power based relations were mainly used to ensure the implementation of the GVS.

The indirect influence of interest groups on the intensity of the competition in the researched period 1990-1993 formed itself through the competitive force of the Threat of Substitutes. Due to the introduction of the GVS, the substitution of generics and parallel-imported drugs for branded pharmaceuticals rose again. The direct influence of interest groups on the intensity of competition could be seen in the effects of the GVS at the micro-level, i.e. the direct effects on the profitability of companies in the industries. The GVS had direct consequences for the pricing of pharmaceuticals, price strategies and sales volumes, and therefore on company profits.

III COMPETITION AND STRATEGY

This research aimed at an integrated analysis of competition and strategy in the Dutch pharmaceutical sector. The key Basic Force driving industry competition and strategy in the pharmaceutical sector proved to be the competitive force of Pressure or Threats of Substitutes. Since it was possible to identify a direct influence of interest groups on the intensity of competition in industries, with effects at the micro-level, i.e. direct consequences for the profitability of companies, it is possible to speak of a Sixth Basic Force driving competition: the influence of interest groups (including public authorities). The existence of a Sixth Force driving competition in the pharmaceutical sector is connected with the existing imperfect nature of the market for pharmaceuticals.

Stellingen

behorende bij het proefschrift

*Concurrentie & Strategie
in de geneesmiddelensector*

Henk Snier

Erasmus Universiteit Rotterdam

18 januari 1995

I

Een intensieve concurrentie is de belangrijkste motor voor innovatie in de farmaceutische industrie.

II

De aard van het produkt geneesmiddelen en de beschikbaarheidsstelling daarvan - op recept, zonder de mogelijkheden van vergelijking en keuze die consumenten bij veel andere produkten wel hebben - betekent dat in de geneesmiddelenvoorziening marktmechanismen in principe gebrekkig zullen functioneren en leiden tot veel invloed vanuit de aanbodzijde van de markt. Meer differentiatie in de distributie en detailhandel kunnen voor de consument wel meer inhoud geven aan een keuzeproces en tegelijkertijd ongewenste effecten van belangen-parallellie aan de aanbodzijde tegengaan.

III

Een grotere concentratie aan de vraagzijde - in de vorm van fusies tussen zorgverzekeraars - zal niet per definitie leiden tot beperkingen in de uitgaven voor de gezondheidszorg.

IV

De toenemende invloed van consumenten/patiënten i.c. patiëntenverenigingen in de geneesmiddelensector draagt bij aan versterking van de vraagzijde van de markt, wanneer men ook in staat blijkt zich als kritische consumenten op te stellen.

V

De Nederlandse volgesorteerde groothandel heeft door een overvloed van acquisities en allianties, die onder andere geresulteerd heeft in een uitgebreid netwerk van dochterondernemingen (zie paragraaf 3.3.2), op termijn niet zozeer het probleem dat men Trojaanse paarden binnengehaald heeft, maar wel een gereede kans dat men onderling in de buik van het eigen paard slaags raakt.

VI

Ook wanneer het Omni-Partijen Akkoord (OPA) wel aan de eis van een gegarandeerde structurele ombuiging van 385 miljoen gulden voor 1990 zou hebben voldaan (zie paragraaf 4.3.4), zou het OPA toch - als gevolg van de veranderde politieke verhoudingen na de verkiezingen voor de Tweede Kamer - ingeuuld zijn voor een referentieprijssysteem, zoals bijvoorbeeld het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem.

VII

Op de producenten van geneesmiddelen heeft het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) eenzelfde werking als de wetgeving met betrekking tot alcoholmisbruik heeft op de doorsnee burger. Het probleem van strategisch drinken in relatie tot het vraagstuk van een optimale en toelaatbare alcoholconsumptie is vergelijkbaar met de strategische prijszetting van geneesmiddelen in relatie tot de indeling in het GVS.

VIII

Het gebruik van 'we' in plaats van 'ik' in veel wetenschappelijk werk (zie ook Snier 1995), doet een meervoudige persoonlijkheid of een uiting van de spreekwoordelijke Hollandse bescheidenheid vermoeden, waarbij we moeten aantekenen dat deze begrippen elkaar waarschijnlijk overlappen.

IX

Bij het schrijven van een proefschrift leer je het meest van hetgeen niet in het uiteindelijke boek terecht komt. Daardoor is de huidige toetsing van een succesvol AIO-schap, dat nu hoofdzakelijk gemeten wordt aan de hand van een eindprodukt in de vorm van het proefschrift, op z'n minst ontoereikend.

X

Het zaad der wetenschap valt tegenwoordig menigmaal op een vinyl-bodem en is derhalve gemakkelijk afwasbaar.

XI

Het brengen van geluk is geen beoogd effect van wetenschap.

XII

Paars ontstaat door het mengen van blauw en rood. In de Nederlandse politieke praktijk blijkt dat groen zonder enig bezwaar als ingrediënt kan worden toegevoegd, zonder enig gevaar voor kleurverschil.

XIII

Een proefschrift heeft functie, wanneer voorlezing van passages (bij voorkeur door de auteur zelf), in intieme kring in de kleine uurtjes, zo mogelijk na gebruik van geestverruimende middelen, aanleiding geeft tot enorme hilariteit.

XIV

Waar een randstedeling zeer mobiel moet zijn, immers: 'In Rotterdam verdien je geld, in Amsterdam geef je het uit en in Den Haag praat je erover', kan men door de vergaande differentiatie van Brabantse steden veel 'overstapkosten' uitsparen.

